This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

Médecin de Saint-Lazare

Professeur libre de gynécologie (École pratique),
Docteur ès sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique,
Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

JOSEPH BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université Royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Pétersbourg.

R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare,

HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé de la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

E. VERRIER
ancien préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris.

TOME TREIZIÈME

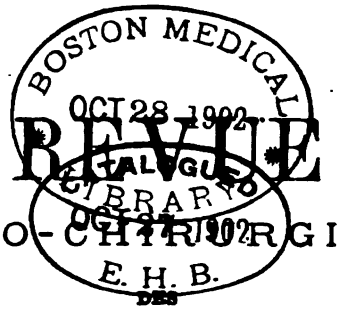
PARIS
ADMINISTRATION ET RÉDACTION
45, BOULEVARD MALESHERBES, 45

1891

BOSTON MEDICAL
OCT 28 1902
LIBRARY.

CATALOGUED
OCT 27 1902
E. H. B.

6685



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE PAR LA GYMNASTIQUE SUÉDOISE.

Après avoir essayé très timidement au début les différentes manœuvres manuelles qui constituent le massage pelvien, nous voyons chaque jour augmenter notre confiance dans l'emploi de ce moyen il y a peu de temps encore réprouvé par les gynécologistes les plus autorisés.

Nous savons maintenant, pour l'avoir expérimenté par nous-même, que le massage pelvien permet de détruire facilement et plus promptement qu'aucune autre méthode thérapeutique les adhérences anormales de l'utérus avec les organes voisins ou avec la ceinture osseuse du bassin. Nous savons que des déviations utérines adhérentes, empêchant tout effort, rendant la marche impossible, rendant même la simple station debout pénible et douloureuse, peuvent être transformées au bout d'une vingtaine de séances en déviations mobiles parfaitement supportées quel que soit le travail auquel se livre la malade. L'abaissement de l'utérus en antéversion sur le plancher vaginal (1), changement

(1) Le mot abaissement de l'utérus étant compris dans un autre sens par les auteurs qui désignent ainsi le premier degré du prolapsus, peut-être serait-il bon de dénommer le changement particulier de position dont nous parlons ici et qui n'a été décrit, à notre connaissance, que par notre savant maître M. le Dr Chéron, sous le nom d'*affaissement* avec antéversion. L'abaissement classique, au contraire, s'accompagne toujours de rétroversion, puisque, sans rétroversion il n'y a pas de prolapsus possible. J. B.

de position dans lequel le col se creuse une loge dans la paroi postérieure du vagin lorsque la malade est dans la station debout, ce qui donne lieu à des sensations de pesanteur rendant la marche très pénible, guérit également très bien par le massage qui doit porter, dans ce cas, sur les ligaments larges beaucoup plus que sur l'utérus lui-même.

Nous avons même eu recours dans quelques cas, chez des malades qui avaient été longtemps confinées au lit et qui étaient devenues neurasthéniques, au massage général suivant la méthode de Weir-Mitchell et les résultats ont été très démonstratifs en raison de la rapidité surprenante avec laquelle le retour des forces et de l'appétit, la disparition des douleurs et de l'insomnie, la reprise de la marche et de la vie habituelle ont été obtenus.

C'est pourquoi nous continuerons à tenir nos lecteurs au courant des travaux qui se feront dans cette voie nouvelle ouverte par le major Thure Brandt à la gynécologie scientifique.

Pour aujourd'hui nous reproduirons une partie de l'excellente description que le Dr S. Frédéricq (de Bruxelles) (1) a faite *de visu* du mode de traitement de l'aménorrhée par la gymnastique suédoise, telle que la pratique Thure Brandt.

Le célèbre masseur suédois combat l'aménorrhée uniquement par la gymnastique, sans massage et sans traitement local, et il se borne à faire exécuter aux malades des mouvements dits congestionnants pour les organes du petit bassin.

Ces mouvements sont de deux ordres : ceux que la patiente peut exécuter elle-même sans le secours de personne et ceux qui exigent un aide pour être exécutés. Pour ces derniers, nous renvoyons le lecteur au mémoire de M. Frédéricq, nous bornant à reproduire in extenso la description des premiers.

« Les mouvements que la malade peut exécuter seule sont au nombre de dix. Ils se font une fois par jour dans l'ordre que nous allons indiquer. Entre chacun de ces mouvements la

(1) S. Frédéricq. Du traitement de l'aménorrhée par la gymnastique suédoise. (Communication faite à la Société belge de gynécologie le 26 octobre 1890.) Bruxelles 1890.

patiente se repose pendant cinq minutes environ, pour donner le temps au mouvement de produire son effet jusqu'au bout.

» Voici ces différents mouvements :

» 1° *Mouvement d'élévation des bras et de respiration profonde dans la position de la marche.*

» On se place debout, un des pieds en avant, dans la position de la marche, les bras le long du corps, la tête droite. Les bras tendus sont relevés, la paume des mains se regardant, jusqu'au-dessus de la tête, en les faisant mouvoir dans le plan antéro-postérieur. Une fois les bras arrivés au-dessus de la tête, on tourne les paumes en dehors et l'on abaisse lentement les bras en les faisant mouvoir, cette fois-ci, dans un plan latéral, perpendiculaire au plan antéro-postérieur. L'inspiration, qui doit être profonde, se fait pendant l'abaissement.

» On exécute ce mouvement 5 ou 6 fois de suite.

» 2° *Mouvement circulaire des pieds dans la position mi-couchée.*

» On se couche à moitié sur un canapé ou sur une chaise longue. On croise les pieds, les jambes restant étendues, et l'on exécute des mouvements circulaires avec les pieds, en allant de gauche à droite, par exemple. Après avoir fait ce mouvement plusieurs fois de suite, on décroise les pieds et on les recroise dans un autre sens, de façon que le pied inférieur devienne supérieur et réciproquement ; puis on recommence les mouvements circulaires avec les pieds, mais en allant de droite à gauche, cette fois-ci ; ainsi plusieurs fois de suite.

» 3° *Mouvement latéral de flexion du tronc dans la position debout, les jambes écartées, les bras relevés.*

» On se place debout, la région sacrée s'appuyant contre une table, les jambes écartées, la tête droite, les bras relevés au-dessus de celle-ci, en donnant une position légèrement arquée, la paume des mains regardant un peu en bas ; une fois dans cette position, on se penche alternativement à droite, puis à gauche, lentement, avec un léger temps d'arrêt lorsqu'on arrive à la

position verticale. Dans ce mouvement, la tête, les bras et le tronc ne doivent faire qu'un tout qui se meut d'une pièce.

» 4° *Mouvement de flexion et de déflexion du genou dans la position debout, en prenant un point d'appui avec l'un des pieds.*

» La patiente debout, la tête droite, un peu penchée en arrière, prend un point d'appui en pliant un genou et en posant le dos du pied correspondant sur le rebord d'un canapé placé derrière elle. Avec les mains, elle s'appuie très légèrement sur le dossier d'une chaise mise devant elle. Le mouvement qu'elle doit exécuter maintenant comprend quatre temps : 1° se soulever sur la pointe du pied resté à terre ; 2° plier le genou correspondant, en restant sur la pointe du pied ; 3° remonter en défléchissant le genou, toujours sur la pointe du pied ; 4° reposer le pied à plat.

» Ce mouvement compliqué se fait trois ou quatre fois de suite, puis on recommencera en changeant de pied. On change ainsi de pied plusieurs fois de suite.

» 5° *Mouvement de flexion du tronc en avant et en arrière, dans la position debout, jambes écartées, bras relevés.*

» On se place debout, les jambes écartées, les bras relevés au-dessus de la tête comme dans le mouvement décrit au n° 3. Cette position prise, on se penche en avant, puis en arrière, la tête et les bras suivant les mouvements du tronc.

» 6° *Mouvement circulaire de la cuisse, dans la position debout, sur un pied, en prenant un point d'appui.*

» On se place debout sur un pied, avec la main correspondante appuyée contre une table ou une chaise, on plie l'autre jambe en la relevant, le genou et la pointe du pied en dehors. On fait maintenant des mouvements circulaires de la cuisse relevée, allant toujours de dedans en dehors ; dix fois pour chaque jambe.

» 7° *Mouvement de la cuisse sur place en relevant fortement les genoux.*

» Les mains sur les hanches, la tête un peu en arrière, on piétine rapidement sur place en pliant les genoux aussi fort que pos-

sible. On fait cela pendant quelques instants, puis on s'arrête un moment pour recommencer bientôt et cela plusieurs fois de suite.

» 8° *Mouvement circulaire du tronc dans la position debout, les jambes étant écartées.*

» Les mains sur les hanches, la tête bien droite, les jambes écartées, on exécute des mouvements circulaires avec le tronc ; cinq fois de droite à gauche par exemple, et cinq fois de gauche à droite.

» 9° *Mouvement brusque du tronc en arrière dans la position agenouillée, les genoux écartés.*

» On s'agenouille sur un coussin, les genoux écartés, les mains sur les hanches ; on se penche brusquement en arrière, la tête suivant le mouvement du tronc. Cela se fait cinq ou six fois de suite.

» 10° *Mouvement de la marche sur place, en relevant les genoux.*

» On exécute le mouvement décrit au n° 7, mais on le fait plus lentement, comme si l'on marchait et non comme si l'on courait.

» Pour finir, on reprend le mouvement d'élévation des bras et de respiration profonde décrit au n° 1. »

Théoriquement on admet sans peine que les mouvements qui viennent d'être décrits ont une puissante action congestionnante sur le bassin et peuvent rendre des services dans l'aménorrhée. Pratiquement, nous devons considérer le fait comme prouvé, puisque des gynécologistes compétents, comme le Dr Frédéricq, ont vu guérir des cas d'aménorrhée par cette méthode. Il y a lieu de se demander toutefois s'il n'est pas possible de simplifier cette gymnastique et si, parmi les dix mouvements, il n'y en a pas deux ou trois plus actifs que tous les autres et dont on pourrait se contenter en les répétant au besoin un plus grand nombre de fois, de façon à faire faire à la malade la même durée d'exercice journalier. Cela est bien probable et il y aurait tout avantage à voir expérimenter dans ce sens la méthode de Thure Brandt.

J. B.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

par les voies naturelles,

Par le Dr Jules Chéron, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

Les observations suivantes XXXII à XL ne présentant aucun intérêt spécial, je crois inutile de les publier ici ; mais je tiens à répéter que, dans tous les cas qui précèdent, c'est surtout dans le but de combattre la sub-involution utérine que j'ai eu recours au drainage, beaucoup plus que pour guérir les endométrites légères et faiblement hémorrhagiques qui accompagnaient la sub-involution. On verra, du reste, plus loin que je n'ai nullement la prétention de remplacer le curettage par le drainage ; lorsqu'il existe des altérations anciennes et profondes de l'endomètre, l'abrasion de la muqueuse utérine à l'aide de la curette est une opération excellente qu'on ne peut suppléer par aucun autre moyen thérapeutique. Ce que j'ai voulu démontrer, c'est que, loin d'aggraver l'endométrite, le drainage de la cavité utérine à l'aide du drain en crin de Florence a eu au contraire pour résultat la disparition des ménorrhagies légères qui existaient avant l'introduction du drain en même temps que l'utérus diminuait de volume jusqu'à revenir à des dimensions qu'on peut considérer comme à peu près normales, chez des multipares.

Ma statistique de drainage de la cavité utérine pour endométrite purulente avec sub-involution est de seize cas (observation XLI à LVI) ; dans cette série comme dans la précédente (endométrite hémorrhagique avec sub-involution) la diminution de volume de l'utérus a été rapide ; quant aux écoulements, après avoir subi, dans les premiers jours de l'appli-

cation du drainage, une augmentation passagère, ils se sont réduits peu à peu jusqu'à devenir insignifiants.

L'action bienfaisante du drainage, dans cette variété d'endométrite a été encore plus manifeste que dans les endométrites hémorrhagiques et j'ai pu, dans tous les cas, en faisant le curettage d'exploration avant et après le drainage, constater directement la diminution d'épaisseur de la muqueuse, diminution d'épaisseur qui a été notable dans quelques cas. Cela se comprend du reste facilement, en se rappelant les caractères histologiques de l'endométrite glandulaire ; une muqueuse mollasse, hypertrophiée, dont les glandes sont augmentées de nombre et de volume, mais dont le tissu interglandulaire est resté normal, est plus facilement modifiée par le contact permanent du drain que cela ne peut avoir lieu dans le cas d'endométrite interstitielle.

Dans ce groupe de faits le drain est resté en place de 50 à 65 jours ; c'est le drain en anse qui a donné les meilleurs résultats et c'est ce drain que j'ai employé dans presque tous les cas d'endométrite purulente, sauf cependant au début de mon expérimentation, alors que je n'avais à ma disposition que le drain en érigne. Tel est le fait suivant :

OBSERVATION XLI.

Endométrite purulente avec subinvolution. Drainage. Guérison.

Le 7 octobre 1884, la nommée Pauline G... entre à Saint-Lazare, salle Sainte-Marie, lit 8. Elle a eu deux enfants et deux fausses couches ; la dernière fausse couche, de 4 mois et demi, a eu lieu il y a quinze mois. Elle est atteinte d'ulcération fongueuse du col.

Pertes muco-purulentes très abondantes. Menstruation à peu près normale. Douleurs habituelles des métrites.

L'examen par le toucher démontre l'existence d'un utérus gros, court et empâté, peu mobile et peu sensible au toucher. Les lèvres du col sont mollasses et le canal cervical, largement dilaté, permet l'introduction du doigt jusqu'à la seconde phalange.

Au spéculum, on constate l'existence d'une ulcération fongueuse, mentionnée sur le certificat d'entrée et le volume considérable du col

qui mesure 38 millimètres au cervicimètre. La cavité utérine, largement ouverte, présente une longueur de près de dix centimètres. La mensuration de la cavité utérine faite sans difficulté et sans résistance amène du sang. et le cathéter se meut dans une grande cavité, dont les parois sont probablement parsemées de fongosités. La curette d'exploration permet de retirer quelques-unes de ces fongosités, ce qui confirme le diagnostic.

Au lieu de pratiquer le curettage. je préfère tenter, en pareil cas, l'application du drainage, dans le but d'obtenir la fonte purulente de ces fongosités.

L'application d'un drain, composé de 18 brins de crin de Florence, est faite, sans difficulté, le 4 novembre 1884. Un écoulement de sang en est immédiatement la conséquence. La malade est mise au repos et à l'usage du bromure de potassium. Elle éprouve de très légères coliques, du 4 au 9 novembre et pendant tout ce temps-là, il se fait un écoulement de sang à peu près égal à celui que la malade éprouve pendant ses règles. A partir de ce moment, l'écoulement commence à se modifier, à devenir plus muqueux et à partir du 20 novembre, il n'y a plus de sang dans l'écoulement qui est devenu tout à fait muco-purulent et qui est très abondant.

Les règles ne paraissent pas dans ce mois-ci, non plus que dans le mois suivant, remplacées, sans doute, par l'écoulement purulent très abondant produit par le drain.

Dans les premiers jours de janvier, l'écoulement commence à diminuer et il se supprime complètement vers la fin de la première quinzaine du même mois. En même temps, le drain commence à descendre et le 24 janvier, alors qu'il est sorti de la cavité utérine d'un centimètre à peu près, il est enlevé sans difficulté et sans résistance.

Le drain est donc resté en place du 4 novembre au 24 janvier, c'est-à-dire 11 semaines. Pendant ce laps de temps, il y a eu 9 semaines d'écoulement.

Une fois le drain enlevé, l'examen de la cavité utérine fait à l'aide de la curette d'exploration, permet de constater qu'il n'y a plus de fongosités, quoique la cavité soit encore assez considérable. La réduction de longueur est de un centimètre seulement.

Il semble que le travail de stimulation ait à peu près exclusivement porté sur les fongosités tapissant la paroi.

Les règles viennent d'une façon normale dans le commencement de février.

La malade reste encore jusqu'à la fin de mars pour guérir son ulcération et sort guérie le 28 de ce même mois. Pendant les deux mois qui se sont écoulés depuis que le drain a été retiré, les pertes muco-

purulentes très abondantes qui existaient auparavant n'ont pas reparu.

Observation XLII.

Endométrite purulente avec sub-involution. — Drainage. Guérison.

Constance H., âgée de 28 ans, exerçant la profession de repasseuse, entre le 28 août 1884, dans le service, salle Saint-Vincent, lit 16.

Elle a eu un enfant il y a dix ans et une fausse couche de six mois et demi, il y a sept ans.

Il y a cinq ans, elle fut prise d'une inflammation à la suite de laquelle elle eut une pelvi-péritonite. Depuis deux ans, elle a ses règles deux à trois fois par mois. Elle est pâle, très maigre, sans appétit; elle a des transpirations nocturnes et elle dit avoir craché du sang à plusieurs reprises, il y a quelques mois.

L'examen des sommets fait reconnaître à droite une congestion localisée avec submatité, expiration prolongée et rudesse de la respiration. Sa carte d'entrée porte le diagnostic : métrite purulente.

En effet, rien ne peut être plus manifeste que cette maladie utérine caractérisée par un écoulement purulent très abondant. L'isthme est largement ouvert, et de l'orifice béant du col s'écoule du pus en grande quantité.

Après avoir fait disparaître par quelques pansements osmotiques, la congestion lymphatique péri-utérine, caractérisée par un empâtement mal circonscrit, nous appliquons, le 15 septembre 1884, un drain à 18 brins de crin de Florence et la malade est mise au repos.

Quelques coliques, malgré l'emploi du bromure de potassium se font sentir pendant cinq jours, période pendant laquelle l'écoulement, de purulent qu'il était, devient séro-sanguinolent, puis il reprend l'aspect un peu plus purulent, aspect qu'il conserve pendant les 16 semaines que le drain est resté en place.

La malade a repris très vite l'habitude d'aller et venir, et chaque fois qu'elle revient au cabinet de visite, on peut constater que son aspect est meilleur. Elle-même accuse une amélioration de son état général. L'appétit et les couleurs sont revenus, et dès le courant du mois de novembre, on constate que la malade engraisse. Elle n'a plus de transpirations nocturnes.

C'est à cette époque que la poitrine est examinée de nouveau. Il existe une amélioration remarquable. S'il y a encore de la rudesse de la respiration, la congestion n'en a pas moins complètement disparu et c'est dans l'état le plus satisfaisant que la malade quitte le service, le 27 janvier 1885.

H. *Sub-involution et endométrite avec rétroflexion.*

La rétroflexion utérine est souvent en rapport avec l'arrêt de régression de la matrice après l'accouchement ou l'avortement. Le mécanisme de cette déviation est facile à comprendre et a été bien exposé par un de mes élèves, M. Dubois (1).

Pendant la grossesse, l'utérus est le siège d'une hypertrophie générale, mais n'atteignant pas les mêmes proportions dans tous les points ; elle est proportionnelle, au contraire, au développement anatomique antérieur de chaque partie. Or, d'après M. Depaul, et la plupart des auteurs, la régression marche de l'extérieur vers l'intérieur et cette régression se fait également dans tous les points de l'utérus. Il s'ensuit que l'isthme, qui est la partie de l'organe la moins riche en fibres musculaires, et par conséquent la moins hypertrophiée à la fin de la grossesse, est la partie qui recouvre la première ses dimensions et sa texture primitives. Mais le corps de l'utérus et tout spécialement sa paroi postérieure est la partie qui suivit l'hypertrophie la plus considérable et aussi celle dont l'involution sera la plus lente à s'achever. Que la régression soit interrompue à un moment quelconque, et l'isthme, à peu près revenu à son état normal, sera incapable de supporter le corps de la matrice. Les ligaments suspenseurs qui sont eux-mêmes ramollis et relâchés et dont la régression est encore plus lente que celle de l'utérus, ne peuvent venir en aide à l'isthme qui se trouve ainsi sur le point le plus faible et qui est placé entre une masse volumineuse et mal soutenue, le corps, et une partie à laquelle le tissu cellulaire environnant fournit un appui solide, le col utérin.

Il se fera donc ainsi une flexion de la matrice au niveau du point le plus faible, c'est-à-dire au niveau de l'isthme, et cette flexion se fera du côté de la face la plus volumineuse et la moins soutenue, c'est-à-dire que la face postérieure de l'utérus viendra tomber dans le cul-de-sac de Douglas.

(1) Dubois. De la rétroflexion dans ses rapports avec l'arrêt d'involution. Th. de Paris, 1881, et *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, février et mars 1882.

Si, à ce moment, on pouvait redresser l'utérus et employer un traitement qui maintienne cette reposition en même temps qu'il favorise l'involution normale, la guérison ne tarderait pas à être obtenue.

En effet, à mesure que le corps de la matrice reviendrait sur lui-même, il pèserait moins lourdement sur l'isthme et d'autre part son tissu, prenant peu à peu une consistance plus ferme, l'axe cervico-utérin conserverait la courbure physiologique donnée par le redressement. Pendant ce temps, du reste, les ligaments, moins tiraillés et mieux irrigués, recouvreraient peu à peu leur puissance normale et contribueraient au maintien de la reposition.

Le redressement de l'utérus qui vient de se rétrofléchir pendant les suites de couches ne présente aucune difficulté en raison de la mollesse des tissus lorsqu'il n'y a pas d'inflammation péri-utérine.

Une fois ce résultat obtenu par les diverses méthodes que je n'ai pas à rappeler dans ce mémoire, il suffit de placer un drain en anse pour rectifier d'une façon définitive l'axe cervico-utérin, d'autant plus que la pression intra-abdominale, s'exerçant sur la face postérieure de la matrice, concourt au même but. Le drainage favorisant en même temps l'involution rétrograde de l'organe et de ses ligaments, on voit que la guérison ne tarderait pas à survenir. Malheureusement on observe rarement les malades à cette période et bientôt les phénomènes sont beaucoup plus complexes.

Si la rétroflexion n'est pas réduite au moment de sa production, les sécrétions utérines s'accumulent au-dessous de l'angle de flexion et, la matrice ayant perdu une grande partie de sa contractilité, les sécrétions ne sortent que par regorgement lorsqu'elles ont rempli complètement la cavité du corps. Dans ces conditions, la muqueuse éprouve les plus grandes difficultés à se reconstituer ; le parenchyme est incomplètement protégé par suite de l'absence d'un revêtement épithélial continu, et des résorptions d'autant plus dangereuses se produisent que les sécrétions ne tardent pas à s'altérer et à se

putréfier par leur séjour prolongé dans la cavité utérine. C'est alors que la santé générale est gravement troublée par une auto infection dont l'origine est ordinairement méconnue ; des désordres locaux plus ou moins sérieux peuvent survenir en même temps : c'est d'abord l'endométrite, puis la dilatation progressive du corps et l'inflammation du parenchyme ; enfin, des inflammations péri-utérines qui ne tardent pas à rendre définitive la rétroflexion tout à l'heure si facile à réduire.

Sans vouloir insister sur ces conséquences éloignées dont j'ai déjà parlé à propos du drainage appliqué à l'endométrite, je ne puis terminer ce sujet sans tirer des conclusions du rôle néfaste joué par la rétention des sécrétions dans la rétroflexion avec sub-involution. Il en résulte qu'un pessaire intra-utérin quelconque ne saurait être substitué au drain que je préconise, puisqu'ici l'action du drainage proprement dit est la plus importante à utiliser. Alors même que la rétroflexion serait temporairement irréductible, le drainage n'en serait pas moins indiqué, car, avec lui, on permettrait à la muqueuse de se reconstituer et on mettrait fin à la septicémie latente qui résulte de la résorption putride au niveau de la cavité utérine ; celle-ci, n'étant plus distendue, reviendrait alors sur elle-même, les lésions péri-utérines pourraient être traitées avec chance de succès et peu à peu l'organe prendrait une mobilité plus grande qui permettrait finalement de tenter la reposition sans danger et de la maintenir sans crainte de récidive. La coïncidence d'un arrêt d'involution avec la rétroflexion est donc une raison de plus pour recourir au drainage de la cavité utérine.

Je n'ai appliqué le drainage jusqu'ici que dans six cas de rétroflexion (observations LVII à LXII de ma statistique). Voici une de ces observations détaillées :

Observation LVII.

Subinvolution et endométrite avec rétroflexion. — Drainage. — Guérison.

Hélène W..., 24 ans, blanchisseuse entre à Saint-Lazare, dans mon service, le 17 octobre 1884.

Elle a eu un enfant il y a deux ans et demi ; et depuis cette époque sa santé s'est toujours affaiblie, de plus en plus.

La malade se plaint d'abondantes pertes blanches ; elle a dû abandonner sa profession. La marche est pénible. Depuis sept mois la menstruation es douloureuse, irrégulière, avec des retards de 15 à 20 jours.

La carte d'entrée porte : ulcération du col.

Au toucher, on trouve dans le cul-de-sac postérieur une masse arrondie. sensible à la pression, en continuité absolue avec le col de l'utérus, sur lequel elle fait un angle presque droit. Cette masse est fortement déjetée en bas, le col, au contraire est porté derrière le pubis ; le toucher debout fait constater l'abaissement de l'organe.

Au spéculum, col gros, lèvres renversées, étalant la muqueuse du canal cervical (ectropion double par renversement) ulcérées.

Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde en métal souple, concavité en bas, et dont l'introduction est facilitée par l'adjonction d'une courbure périnéale, permet de pénétrer dans cette masse globuleuse et démontre que ce n'est autre chose que le corps de l'utérus augmenté de volume et fléchi sur le col (rétroflexion).

La longueur de la cavité est au moins de 0,10 centimètres.

Diagnostic. *Subinvolution avec rétroflexion et endométrite utéro-cervicale.*

Le 19 octobre, onze jours après la cessation des règles, un drain en érigne est introduit à l'aide d'un tube porte-drain, portant une courbure périnéale.

Le soir même, la malade, qui garde le repos au lit, se plaint de coliques qui reviennent par crises. Ces coliques ne l'empêchent pas de dormir. Elles sont localisées dans la région hypogastrique, « elles se passent dans la matrice », dit la malade. Au toucher, le lendemain matin, le contact du doigt avec l'utérus fait reparaître ces mêmes coliques.

Pour calmer ces douleurs, 20 centigrammes de sulfate de quinine sont prescrits, ainsi qu'une potion avec bromure de potassium et teinture d'aconit.

La nuit suivante est bonne, les jours suivants, les douleurs s'espacent et deviennent plus légères. Au quatrième jour, apparaît un écoulement séro-sanguinolent, bientôt très abondant, avec prédominance de l'élément muqueux. Au septième jour, les coliques ont disparu.

La malade se lève, va, vient, se promène sans malaise spécial, mais avec une certaine fatigue qu'elle rapporte à l'écoulement. Au vingtième jour, nous constatons que la sécrétion est devenue complètement purulente, elle persiste dans cet état pendant six semaines,

sans aucun phénomène nouveau, si ce n'est une tolérance remarquable pour l'écoulement dont la malade ne se plaint plus et qui, malgré son abondance, n'empêche pas le retour des règles.

Dans les premiers jours de décembre, la malade signale un arrêt de l'écoulement. Un examen est pratiqué.

Au toucher, le corps de l'utérus paraît moins gros, il est moins sensible.

Au spéculum, la couleur du col est moins foncée ; l'ectropion est moins turgide et moins large.

Le drain est descendu de 12 millimètres. Nous le laissons encore. Quelques semaines se passent, pendant lesquelles les règles ont reparu, sans douleurs, à 29 jours de la dernière époque. La malade est dans un état de santé très satisfaisant.

Au 31 décembre, un nouvel examen est pratiqué. Le drain est en place depuis deux semaines. Le corps de l'utérus, quoique encore très accessible dans le cul-de-sac postérieur, est moins accentué au toucher. Il est plutôt maintenant en rétroversion. Le drain est resté stationnaire.

Pendant les mois de janvier et de février, la pesanteur hypogastrique dont se plaignait la malade disparaît. La marche est facile.

Le 28 février, troisième examen. Le drain s'est avancé en dehors du canal cervical, de huit à dix millimètres en plus des douze premiers. Il est enlevé. Le cathétérisme ne donne plus que sept centimètres et demi et peut être pratiqué avec la sonde ordinaire. Le corps de l'utérus est encore accessible dans le cul-de-sac postérieur. Mais la lésion a disparu en tant que rétroflexion. Le drain est resté en place quatorze semaines.

L'ectropion seul nécessite maintenant une intervention chirurgicale. Il est traité par l'ignipuncture profonde dont l'action viendra encore aider celle du drainage. La cicatrisation est complète à la fin du mois d'avril. La malade sort de l'hôpital le 25 avril.

Dans les cinq autres cas d'endométrite avec rétroflexion les faits se sont passés à peu près comme chez la malade dont je viens de rapporter l'histoire. Toutes ont été soumises au drainage par le drain en érigne, mais je suis persuadé maintenant qu'il vaudrait mieux employer le drain en anse, dans ces conditions, sauf s'il y avait une diminution considérable des règles, ce qui est tout à fait exceptionnel. Malheureusement, je n'ai pas pu encore recueillir d'observation complète de rétro-

flexion avec sub-involution depuis que j'ai imaginé cette dernière variété de drain utérin. En ce moment, j'ai une malade en traitement par cette méthode; les résultats me semblent jusqu'ici devoir être aussi remarquables que dans les cas précédents, mais avec cet avantage que les coliques des premiers jours ont à peu près passé inaperçues et qu'il n'y a presque pas eu d'écoulement sanguinolent. La rétroflexion est déjà bien diminuée et changée en rétroversion, les premières époques se sont passées très bien et j'ai l'intention d'attendre l'expulsion spontanée du drain qui est beaucoup plus facile, comme on peut le voir en comparant les observations contenues dans ce mémoire, que pour le drain en érigne. Si la rétroversion était très accentuée, je n'hésiterais pas, après quelques jours de repos, à réduire manuellement l'utérus en antéversion et à placer un nouveau drain en anse. J'espère avoir ainsi un succès plus complet encore que dans mes six premiers cas.

(*A suivre.*)

NOTE CLINIQUE SUR L'EMPLOI DE L'HYDRASTIS CANADENSIS

dans les congestions hémorrhagipares de l'utérus,

Par M. Jules Batuaud,

Ancien interne de Saint-Lazare.

—

Depuis 1883, époque à laquelle Schatz (de Rostock), au Congrès des naturalistes et médecins allemands réunis à Fribourg, vanta les heureux résultats qu'il avait obtenus de l'emploi de l'hydrastis canadensis en gynécologie, de nombreux travaux ont été publiés sur la question qui a été très bien résumée dans les thèses récentes de MM. Cabanès et Pigache.

Grâce à la bienveillance de mon maître, M. le Dr J. Chéron, j'ai pu recueillir, à Saint-Lazare, un certain nombre d'observations, dont une partie a déjà été publiée dans les thèses que je viens de

citer. Je dois dire dès maintenant que les faits que j'ai observés ne me permettent pas de partager complètement l'enthousiasme de Schatz quant au traitement de l'endométrite hémorrhagique par l'hydrastis, qu'il s'agisse d'endométrite simple ou d'endométrite compliquant les tumeurs fibreuses. Ces réserves faites (j'espère pouvoir publier prochainement une note spéciale sur l'emploi de l'hydrastis dans l'endométrite), je dois reconnaître que l'hydrastis canadensis est un médicament très précieux dans les congestions hémorrhagipares sans lésions accentuées de l'endomètre. Les observations suivantes justifient, je crois, cette manière de voir.

Observation I. — *Congestion hémorrhagipare par choc moral, dans un cas d'utérus pubescent — Extrait fluide d'hydrastis canadensis. — Disparition de l'hémorrhagie.*

Joséphine P..., âgée de 27 ans, entre dans le service du Dr J. Chéron, à Saint-Lazare, le 20 décembre 1888, pour des syphilides papulo-hypertrophiques de la région ano-vulvaire.

Il s'agit d'une malade très nerveuse et très impressionnable. Elle a été réglée pour la première fois à 10 ans 1/2, le jour de sa première communion. Les règles, après avoir duré huit jours, n'ont plus reparu que deux ans après et dès lors se sont montrées régulièrement, tous les mois ; elles durent habituellement trois jours, sont peu abondantes et s'accompagnent de dysménorrhée.

Elle a été déflorée à 13 ans et habite Paris depuis six ans. Depuis que je suis interne à Saint-Lazare, c'est-à-dire depuis le mois d'avril 1886, elle a fait une dizaine de passages dans le service de M. Chéron pour des accidents de syphilis secondaire. Jamais elle n'a présenté d'hémorrhagies utérines étant à l'hôpital.

Elle n'a eu ni enfants, ni fausses couhes, ce qui n'est pas étonnant, puisqu'elle a un utérus pubescent.

Le 20 décembre 1888, elle me raconte qu'elle se promenait dans la rue, la veille au soir, lorsqu'elle fut arrêtée brusquement, étant en retard de ses visites au Dispensaire ; elle en ressentit une vive émotion, d'autant plus qu'elle se savait malade. (On trouva en effet

d'énormes syphilides papulo-hypertrophiques qui nécessitèrent son envoi à Saint-Lazare.) La nuit du même jour, elle fut prise de vives douleurs dans la région lombo-sacrée et dans le ventre avec irradiations douloureuses le long des aines, et de sensations de cuisson et de pesanteur dans le bas-ventre. En même temps, bien qu'elle ait eu ses règles quinze jours auparavant, survient un écoulement sanguin très abondant.

Repos au lit. Pilules d'extrait de belladone.— Frictions, sur la région lombo-sacrée, avec un liniment calmant.

Malgré ce traitement, les douleurs sont à peine calmées et l'hémorrhagie continue à être très abondante pendant cinq jours. Je l'examine alors et je trouve (20 décembre) :

Au palper abdominal, rien d'anormal ; douleurs au pincement de la peau, au niveau des points hypogastriques et iliaques de la névralgie lombo-abdominale.

Organes génitaux externes violacés comme chez une femme enceinte. — Syphilides papulo-hypertrophiques siégeant surtout au périnée et à l'anus. — Vagin violacé, chaud au toucher.

Utérus très petit, en antéversion, douloureux au toucher. Les ovaires sont perceptibles de chaque côté de l'utérus ; ils sont douloureux à la pression bi-manuelle, et la douleur que détermine cette pression « porte au cœur », dit la malade.

Au spéculum, col très violacé, ainsi que le fond du vagin.

Diagnostic : Congestion hémorrhagipare de l'appareil utéro-ovarien avec réserves sur l'existence possible de fongosités intra-utérines. L'hystérométrie et le curettage d'exploration ne sont pas pratiquées, à cause de l'hémorrhagie.

On donne à la malade trente gouttes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis, en trois fois, dans de l'eau sucrée.

27 décembre. — Les douleurs ont considérablement diminué et la perte tend à s'arrêter. — On continue le même traitement.

28 décembre. — Plus de douleurs, les sensations de cuisson et de pesanteur dans le bas-ventre n'existent plus. — La perte s'est réduite à très peu de chose dans la journée d'hier.

29 décembre.— Tout malaise a disparu, la malade se lève et ne perd plus de sang.

Le 8 janvier 1889, j'examine de nouveau la malade. La vulve et le vagin ont repris leur coloration normale. L'utérus n'est pas douloureux, non plus que les ovaires. Le col a une teinte rosée. L'hystérométrie est alors pratiquée et donne 4 centimètres 1/2, dont 2 1/2 pour le col. (*Utérus pubescent.*) La curette mousse de Gaillard Thomas, introduite plusieurs fois dans différentes directions et spécialement au voisinage des orifices tubaires, ne ramène aucun lambeau de muqueuse.

Il s'agissait donc bien d'une simple congestion hémorrhagipare, sans lésion de texture.

La malade est restée, dans le service, pour ses syphilides ano-vulvaires, jusqu'au 10 février 1889. Elle a été réglée dans l'intervalle du 10 au 13 janvier, mais cette fois-ci, l'écoulement était peu abondant, comme d'habitude. L'administration de l'hydrastis canadensis avait été continuée jusqu'au 10 janvier.

Remarques. — Ces congestions de l'appareil utéro-ovarien développées sous l'influence d'un choc moral sont assez fréquentes à Saint-Lazare.

Mon maître, le Dr J. Chéron, les signalait en 1879, dans ses Leçons sur la Congestion utérine publiées dans la *Revue des maladies des femmes* (mai 1879 et nos suivants). « Ce qu'un choc physique peut produire, disait-il, un choc, un ébranlement moral, peut le produire ; aussi, sous l'influence d'une frayeur, de la nouvelle d'un malheur inattendu, il peut se produire une secousse nerveuse qui suffit à faire apparaître des congestions et des hémorrhagies. Au nombre de celles-ci, la congestion utérine se tient au premier rang. Je vous rappellerai un exemple déjà cité. Les malades qui, par mesure d'hygiène publique, sont arrêtées sur la voie publique et conduites à l'hospice Saint-Lazare, sont tellement émues de cette arrestation, qu'à leur arrivée, l'examen direct permet de constater l'existence d'une congestion utérine, qui s'accompagne des troubles fonctionnels qui en sont habituellement la conséquence.

Un autre exemple remarquable entre tous : une personne jouissant d'une excellente santé, mère de trois enfants, n'ayant

jamais éprouvé aucun trouble fonctionnel, ni aucun malaise du côté de l'utérus, est appelée auprès de son mari qui meurt, quelques heures après son arrivée, entre ses bras, d'une affection aiguë du poumon. Il survient presque aussitôt de la pesanteur dans le bassin, un sentiment de chaleur dans le vagin, de la dysménorrhée et l'ensemble des symptômes d'une congestion utérine que je constate chez la malade, deux mois plus tard.

La congestion que produit l'ébranlement moral est de même nature que celle qui résulte de l'irritation périphérique. La physiologie va bientôt nous éclairer sur la pathogénie de ces deux variétés de la congestion utérine. » (*Loc. cit.* p. 88.) Et ailleurs (*loc. cit.* p. 143), M. Chéron cite le cas d'une malade qui n'avait jamais éprouvé aucune souffrance du côté de la matrice jusqu'au jour où elle eut la douleur de voir son enfant tué par un obus, sous ses yeux.

Le cas de Joséphine P. rentre bien nettement dans cette catégorie de faits, où une congestion utéro-ovarienne qui peut aller jusqu'à l'hémorrhagie utérine, se produit sous l'influence d'un choc moral. Je ferai remarquer aussi, comme nouvelle preuve à l'appui de cette manière de voir, que l'*émotion de la première communion* produisit, chez la même malade, une apparition prématurée des règles, à 10 ans 1/2, alors que la menstruation ne devait s'établir régulièrement que deux ans plus tard, et que l'utérus ne devait jamais arriver à son complet développement.

Observation II. — *Congestion hémorrhagique de l'utérus par choc physique. — Administration d'extrait fluide d'hydrastis canadensis. — Guérison.*

Rosa G... entre dans le service du Dr J. Chéron, à Saint-Lazare, pour une uréthrite et une vaginite blennorrhagiques avec végétations discrètes de la région ano-vulvaire, le 16 décembre 1888.

Agée de 21 ans, la malade a été réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement et sans douleurs ; les règles, peu abondantes, durent habituellement, quatre à cinq jours. Elle est sujette aux pertes blanches. Ni enfants ni fausses-couches.

L'uréthrite est traitée par les injections vésicales d'une solution aqueuse d'acide picrique, la vaginite par des injections bi-quotidiennes avec du coaltar; des compresses imbibées d'une solution de teinture de thuya sont placées en permanence sur le siège des végétations afin de les raccornir.

Le 25 décembre, la malade, qui attendait ses règles le lendemain, fait une chute, sur les reins, en descendant l'escalier pour se rendre à la chapelle. Deux heures après, elle est prise de vives douleurs dans le ventre et est obligée de se coucher.

Cataplasmes laudanisés. — Dans la nuit, les règles surviennent très abondantes et très douloureuses.

Le 26 décembre, je vois la malade qui se plaint de n'avoir pas dormi la nuit précédente et on me dit qu'on a été obligé de changer les draps de son lit tellement elle avait perdu de sang. Large ecchymose au niveau de la région lombaire gauche.

Organes génitaux externes très violacés. Vagin violacé et très chaud. Utérus en antéversion, douloureux au toucher. Ovaires en position normale, très sensibles à l'examen bi-manuel.

Je fais supprimer les cataplasmes, je conseille à la malade de garder le repos absolu au lit et de prendre, dans la journée, 40 gouttes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis, en 4 fois, dans de l'eau sucrée.

27 décembre. — Les douleurs sont bien diminuées, la malade a pu dormir toute la nuit, elle n'éprouve plus cette cuisson si désagréable de la veille, au niveau des organes génitaux externes et du vagin. Les pertes sont encore abondantes, mais bien moindres qu'avant-hier.

28 décembre. — Plus de malaises. Règles d'abondance moyenne. On continue le traitement.

29 décembre. — Même état.

30 décembre. — La malade n'a sali que 4 serviettes dans la journée.

31 décembre. — L'écoulement cesse complètement dans la soirée.

3 janvier 1889. — J'examine de nouveau la malade. Le col de l'utérus est resté violacé ; les ovaires sont encore gros et sensibles. L'hystérométrie donne 6 cent. 1/2. La curette d'exploration ne ramène

aucun lambeau de muqueuse. Il s'agit donc bien d'une simple congestion hémorrhagipare, qui a porté à la fois sur l'utérus et les ovaires. Pansement glycériné. L'hydrastis canadensis est continué.

Des pansements glycérinés sont pratiqués, tous les trois jours, jusqu'au 24 janvier 1889.

A cette époque, les règles surviennent, sans douleurs, et durent cinq jours ; leur abondance n'est pas anormale.

Le 28 janvier, ayant constaté la disparition complète de la congestion utéro-ovarienne (l'utérus n'est plus douloureux, le col a repris sa teinte rosée ; les ovaires ne sont plus tuméfiés et la pression bi-manuelle n'éveille plus aucune douleur quand cette pression est modérée), je fais cesser l'administration de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis.

La malade sort guérie, le 15 février, les végétations ayant été excisées le 6 février et les injections vaginales et vésicales ayant été reprises à partir du 28 janvier.

Remarques. — Chez cette malade, l'intégrite absolue de l'utérus et des annexes ayant été constatée à son entrée à l'hôpital, il faut bien admettre que sa chute dans l'escalier a été la cause de la ménorrhagie qui s'est produite secondairement. Quant à cette hémorrhagie, elle ne peut être rattachée à une autre lésion que l'hypérémie utéro-ovarienne dont la malade accusait tous les symptômes et présentait tous les signes physiques. Ici, comme chez la malade précédente, l'hydrastis canadensis a diminué rapidement et les douleurs et la quantité de l'écoulement.

Observation III. — *Congestion hémorrhagique de l'utérus par choc physique. — Administration de l'hydrastis canadensis. — Guérison.*

B... Lucie, 23 ans, entre à Saint-Lazare, service de M. le Dr Chéron, le 7 janvier 1889, pour des syphilides érosives de la bouche.

Réglée à 17 ans, toujours très régulièrement et peu abondamment, sans douleur, 4 à 5 jours chaque mois. Ni enfants, ni fausses-couches.

Peu sujette aux pertes blanches.

N'a jamais eu de ménorrhagies ni de douleurs de reins, ni de douleurs dans le ventre jusqu'à il y a 3 mois.

A cette époque, elle roula dans son escalier, ne se fit que des contusions sans gravité, mais, dès lors, elle éprouva une sensation de chaleur et de pesanteur dans le ventre, accompagnée de douleurs de reins qui ne l'ont pas quittée depuis.

Deux jours après cette chute, les règles survinrent, furent douloureuses, durèrent dix jours et l'écoulement fut beaucoup plus abondant qu'auparavent. Dans l'intervalle des règles, les douleurs continuèrent et la malade eut, pour la première fois, des pertes blanches qui ont également persisté depuis.

Les dernières règles, qui sont apparues dans la dernière quinzaine de décembre, ont duré dix jours et ont été très abondantes.

L'examen pratiqué par le Dr Chéron, le 8 janvier 1889, permet de constater une congestion intense de la vulve, du vagin et de l'utérus. Col conique un peu sténosé, violacé. Utérus assez mobile, en antéversion normale. Hystérométrie : 6 cent. 1/2. Le curettage d'exploration, fait avec douceur, ne ramène aucun lambeau de muqueuse. Pas de lésion appréciable des annexes.

Pas de modification dans les jours qui suivent.

Le 19 janvier surviennent les règles, qui sont très douloureuses et très abondantes. La malade est obligée de garder le lit.

A partir du lendemain, on donne chaque jour quarante gouttes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis, dans un peu d'eau sucrée.

Le 22, l'écoulement est moins abondant et la dysménorrhée a disparu.

Le 27, les règles sont terminées ; la malade estime qu'elle a perdu moitié moins de sang qu'aux deux époques précédentes ; elle affirme avoir aussi beaucoup moins souffert depuis qu'on lui a donné l'hydrastis qu'elle ne prend du reste pas avec plaisir.

L'état violacé de la vulve, du vagin et du col a beaucoup diminué ; néanmoins, il y a encore une certaine chaleur au niveau des culs-de-sac du vagin et le museau de tanche est encore congestionné. Pertes muqueuses assez abondantes pendant quelques jours, diminuent après la première semaine.

On continue l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, à la dose de 40 gouttes par jour.

Le 15 février la malade ne souffre plus des reins, n'éprouve plus de sensation de cuisson dans le ventre et dit que les pertes blanches ont à peu près complètement disparu.

L'examen local permet, en effet, de constater que la congestion de la vulve, du vagin et du col n'existe plus.

On continue cependant l'hydrastis pendant deux jours, jusqu'à l'apparition des règles, qui surviennent le 17 février.

Les règles ne sont pas douloureuses, durent seulement 5 jours et ne sont pas plus abondantes qu'avant la chute dans l'escalier.

Le 26 février, M. le Dr Chéron examine de nouveau la malade qu'il trouve parfaitement guérie de sa congestion utérine.

Elle sort du service le 28 février 1889.

Cette observation donnerait lieu aux mêmes remarques que l'observation précédente.

Dans tous ces cas, on donne aux malades l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 30 à 60 gouttes par jour et, sous cette influence, la congestion utérine a promptement disparu et, avec la congestion, ont cessé également les autres troubles fonctionnels et en particulier les hémorrhagies.

Observation IV. — Tout dernièrement encore, j'ai eu l'occasion de voir une de ces congestions hémorrhagipares.

Il s'agissait d'une malade, âgée de 39 ans, curettée il y a huit mois, par M. le Dr Chéron, pour des métrorrhagies graves en rapport avec une endométrite *post-abortum*. Depuis ce temps, les règles étaient devenues absolument normales comme quantité et comme durée. La malade était tout à fait guérie lorsque, le second jour de ses règles elle eut des rapports avec son mari. Au lieu de se terminer le 4e jour, les règles continuèrent à couler peu abondamment, mais d'une façon continue pendant huit jours encore. En même temps, il y avait les sensations de brûlures internes qui caractérisent la congestion hémorrhagipare. Je vis la malade le 10e jour de ses règles et je lui conseillai uniquement de prendre chaque jour, quatre pilules d'hydrastin de dix centigrammes chaque. Dès le premier jour les sensations

de brûlures diminuaient ; elles disparaissaient le second jour et l'écoulement sanguin cessait aussitôt. Depuis lors, la malade a eu ses règles deux fois et elles ont duré seulement quatre jours, comme avant son imprudence. Sa santé est du reste parfaite. Ici encore, l'absence d'endométrite a été constatée par un curettage d'exploration et il s'agissait bien d'une simple congestion hémorrhagipare.

Dans ce dernier cas, j'ai conseillé l'hydrastin à cause du goût désagréable de l'hydrastis canadensis. C'est du reste la forme que préfère M. le Dr Chéron qui, après avoir expérimenté comparativement l'hydrastin et l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, s'en tient exclusivement aux pilules d'hydrastin, dont il ordonne quatre à huit pilules de cinq centigrammes, deux à la fois, dans la journée. On a vu, par l'observation précédente, que l'effet a été rapide.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 *novembre* 1890.

Présidence de M. Nicaise.

DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

M. Routier. — Dans le traitement des fibromes utérins, je crois que l'on ne doit faire usage de l'électricité qu'avec une extrême réserve, car elle ne me paraît pas dénuée de tout danger et, en outre, elle est inconstante dans ses résultats, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur plusieurs malades, considérées à tort comme guéries.

Relativement aux autres modes de traitement, l'on peut partager les fibromes en trois catégories. Dans la première, je rangerai les tumeurs volumineuses qui, par leur poids et leur volume, déterminent des phénomènes de compression et sont une cause d'hémorrhagies abondantes. Ces tumeurs sont ordinairement tributaires de l'hystérectomie ; toutefois, il en est quelques-unes d'entr'elles que l'on peut traiter avec succès par la castration ; j'en

ai opéré six de cette façon, et cela a suffi pour éteindre tout accident menaçant.

Dans douze cas, j'ai pratiqué l'hystérectomie, et je n'ai eu qu'un décès.

Chez toutes ces malades, âgées de vingt-cinq à quarante ans, j'ai fixé le pédicule en dehors de l'abdomen et je n'ai eu qu'à me louer de cette manière de faire.

Dans un second groupe, on peut placer tous les fibromes hémorhagiques pour lesquels la castration est tout indiquée. Quatorze fois je l'ai mise en pratique avec un succès qui a été immédiat pour douze de mes malades ; dans les deux autres cas, l'un compliqué de salpingite, et l'autre d'un fibrome intra-utérin, que j'ai dû énucléer, la guérison n'a été que secondaire.

Enfin, dans une troisième classe prennent rang tous les fibromes, petits ou moyens, qui ne nécessitent pas une intervention chirurgicale immédiate. C'est contre eux que l'on peut diriger les autres méthodes de traitement.

M. Prengrueber. — Dans la dernière séance, M. Richelot nous parlant de la castration ovarienne comme moyen de remédier aux complications des fibromes utérins, nous a dit que cette opération, bonne surtout pour combattre les hémorrhagies ne pouvait être appliquée à tous les cas, et en particulier aux cas dans lesquels la tumeur étant fortement enclavée dans le bassin, les accidents éprouvés par la malade étaient la conséquence de la compression que la tumeur exerçait sur les organes voisins.

J'ai eu précisément tout récemment l'occasion de soigner deux malades chez lesquelles cet enclavement était la cause d'accidents particulièrement graves qui ont guéri par la castration, aidée d'une manœuvre d'ailleurs très simple, dont je parlerai tout à l'heure.

Les observations de mes deux malades se ressemblent de point en point, aussi me bornerai-je à donner en détail l'observation de l'une d'elles, celle chez laquelle les accidents observés étaient particulièrement graves.

Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, dont la maladie paraît remonter au mois de juillet 1889. A ce moment, elle constata des pertes abondantes et douloureuses, et son ventre commença à grossir ; sa miction fut même assez difficile pour qu'il ait été nécessaire de la sonder. La malade entra alors dans un

service de médecine, mais malgré le repos auquel elle se soumit alors, malgré les injections chaudes, les cataplasmes, l'essence de térébentine, etc., son état ne fit que s'aggraver.

Elle quitta ce service, puis au mois de mai dernier entra dans la salle de M. Tillaux, que je remplaçais ; son état à ce moment était lamentable. Des hémorrhagies toujours abondantes l'affaiblissaient considérablement, elle éprouvait de violentes douleurs du bassin se propageant du côté de la cuisse ; il y avait, en outre, un œdème considérable des membres inférieurs, surtout à gauche ; la malade urinant par regorgement, baignait dans son urine, et celle-ci avait déterminé une rougeur érysipélateuse de la peau fort douloureuse. L'examen du ventre nous montra d'abord que la vessie ressortait jusqu'au voisinage de l'ombilic et le cathétérisme me permit d'en retirer trois litres et demi d'urine. Je pus alors constater dans le bas-ventre une tumeur dure remplissant le bassin ; par le toucher je retrouvai cette même masse remplissant le vagin, immobile, soudée en quelque sorte aux parois du bassin.

Dans ces conditions, une intervention s'imposait d'urgence et je la pratiquai de la manière suivante, la malade étant en pleine période de pertes.

Après avoir pris toutes les précautions usitées en pareille circonstance, j'ouvris le ventre en ayant soin de ménager la vessie, que je savais fortement remontée. Le ventre ouvert, je constatai que la partie supérieure du corps de l'utérus avait sensiblement son aspect normal, mais qu'il se continuait par en bas avec une volumineuse tumeur développée dans la partie supra-vaginale du col. En saisissant le corps utérin, je pus m'assurer à nouveau de l'enclavement prononcé de la tumeur, que l'on ne pouvait mouvoir qu'avec peine. Dans ces conditions, mon plan opératoire fut le suivant : dégager le néoplasme de façon à ce que sa plus grande circonférence, son équateur actuellement intra-pelvien soit reporté au-dessus du détroit supérieur, et enfin faire la castration.

La première partie de ce plan fut assez difficile à exécuter ; je dus avoir recours non seulement à des tractions de bas en haut, mais encore à des mouvements de latéralité, de bascule qui firent apparaître peu à peu sous mes yeux la partie la plus large de la tumeur. Ces manœuvres achevées, je pus m'assurer que la mo-

bilité de la masse avait sensiblement augmenté et que ma main pouvait glisser entre elle et la paroi pelvienne. Dès lors, j'étais sûr qu'il n'y avait plus d'enclavement, plus de compression des organes pelviens et la tumeur, en admettant qu'elle dut augmenter de volume par la suite, avait le champ libre dans la cavité abdominale. Cela fait, je pratiquai la castration double, suivant la méthode ordinaire, et je refermai le ventre.

Les suites opératoires furent des plus simples et je n'y insisterai pas ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les accidents si graves pour lesquels j'avais fait l'opération disparurent comme par enchantement. Dès le lendemain, quand je revis la malade, elle ne perdait plus de sang, n'éprouvait aucune douleur ; son œdème avait déjà sensiblement diminué. Quant à l'état de sa vessie, comme j'avais prescrit de la sonder pendant les premiers jours après l'opération, je ne pus vérifier sur elle les résultats de l'opération qu'au bout de huit jours. A ce moment la malade pouvait uriner toute seule, et si on la sondait après une miction, on ne retirait plus qu'une centaine de grammes de liquide. Par la suite, je pus constater que la malade vidait complètement sa vessie. A ce moment elle quitta l'hôpital guérie.

Ainsi voilà une femme qui, du jour au lendemain pour ainsi dire, a vu disparaître des hémorrhagies abondantes, de violentes douleurs et de graves phénomènes de compression par une opération en somme peu grave, surtout si l'on songe qu'il s'agissait d'un corps fibreux intra-pelvien qu'il n'est pas possible de pédiculiser et dont l'ablation offre par conséquent de très grandes difficultés. Sans vouloir trop généraliser la pratique que j'ai suivie dans les deux cas dont je viens de parler, je crois qu'on peut tirer de ce fait la conclusion que fort souvent l'enclavement de la tumeur n'est pas une contre-indication à la castration ovarienne, mais qu'il sera bon de compléter cette castration par des manœuvres destinées à faire sortir de l'enceinte pelvienne le plus grand diamètre de la tumeur. J'ajoute que cette manœuvre, qui présente de grandes difficultés lorsqu'on essaye de la pratiquer par les voies naturelles, me paraît au contraire assez facile par la voie abdominale.

M. Segond.— D'après M. Richelot, le pronostic de l'hystérecto-

mie pour corps fibreux et de l'ovariotomie serait sensiblement le même. Cette proposition ne me semble pas à l'abri de toute contestation.

En faisant une récapitulation de mes opérations, je puis compter dix-sept laparotomies pratiquées sur des femmes gravement malades et ayant un volumineux corps fibreux.

Sur ces dix-sept laparotomies j'ai eu sept morts, ce qui, de prime abord, conduirait à regarder le pronostic de l'opération comme très grave. Si l'on divise ces dix-sept interventions en deux groupes, on trouve que dans l'un prennent place cinq laparotomies entreprises pour des fibromes inclus dans les ligaments larges, ou solidement enclavés, ou compliqués de sarcome en voie de généralisation. Dans ces cinq cas l'opération a nécessité des délabrements plus ou moins étendus et a toujours été grave. Chacune d'elles s'est fatalement terminée.

Dans ma seconde catégorie, qui comprend douze interventions pour des tumeurs volumineuses, mais sans infiltration de voisinage et sans adhérences, j'ai eu affaire à des opérations réglées, qui n'ont donné lieu qu'à deux morts.

Dans les dix autres cas que j'ai traités par le procédé extra-péritonéal du pédicule, j'ai obtenu la guérison sans aucun accident ce qui, en réalité, ne rend pas le pronostic aussi sombre que le comportait ma statistique totale.

Cependant, il n'en résulte pas moins, à mon avis, que, si l'on doit prendre soin de spécifier les cas dans lesquels on peut tirer un bénéfice de l'hystérectomie pour le traitement des fibromes utérins, il n'y a pas de comparaison possible à établir d'une façon générale entre le pronostic de cet opération et celui de l'ovariotomie.

M. Championnière. — Comme la plupart de mes collègues, je n'hésite pas à repousser la comparaison que l'on a faite entre la mortalité de l'hystérectomie et celle de l'ovariotomie.

Assurément, s'il n'était question que des fibromes pédiculés je ne verrais pas d'objections à soulever contre la comparaison établie entre ces opérations et l'ovariotomie.

Mais dans les autres variétés de fibromes, qui très souvent donnent des surprises opératoires et nécessitent des manœuvres compliquées, il y a de nombreux points de dissemblance avec la simple ovariotomie.

M. Bouilly. — Il y a lieu, suivant moi, de modifier l'impression sous laquelle nous avons vécu jusqu'à ce jour relativement à l'hystérectomie, car la mortalité de cette dernière a bien diminué depuis quelques années, et l'on aurait tort de considérer encore comme l'expression de la vérité l'opinion de Gusserow, attribuant à l'hystérectomie 65 °/₀ de mortalité.

Aussi, toutes les fois qu'il n'est pas possible de recourir à l'électricité ou à la castration, je crois bon de mettre en pratique et d'encourager l'hystérectomie, dont le pronostic, en raison de la manière dont elle est faite actuellement, est beaucoup moins grave qu'autrefois.

Pyo-salpingite volumineuse. Ablation. Examen histologique de la paroi.

M. Marchand. — La communication que M. Reynier nous a faite, dans notre dernière séance, au sujet de l'ablation d'une double pyo-salpingite volumineuse, m'a rappelé un fait du même genre, que j'ai observé il y a six mois environ.

J'ai fait la laparotomie sur une femme de quarante et un ans et j'ai trouvé une énorme poche purulente contenant deux litres et demi de pus et développée aux dépens de la trompe. La paroi de cette poche était constituée par plusieurs couches l'une externe, fibro-musculaire, et l'autre interne contenant des fibrilles musculaires, des vaisseaux, des glandes et des cellules épithéliales — ces différents éléments disposés en plusieurs couches.

M. Bouilly. — J'ai opéré un cas analogue il y a deux ans, et ma malade dont chaque trompe contenait plus de 1.000 grammes de pus était en bonne voie de guérison, lorsqu'elle a succombé brusquement à une embolie pulmonaire. Relativement à l'évolution clinique de ces volumineuses salpingites, j'ai remarqué, ce que Mordret a nettement signalé dans sa thèse, que souvent elles se développaient silencieusement, et qu'à ce point de vue elles différaient beaucoup des petites collections purulentes, qui s'accusent presque toujours par des douleurs plus ou moins intenses.

M. Championnière. — Ainsi que M. Bouilly, j'ai eu l'occasion

de faire plusieurs fois la même remarque, et je considère que cette marche silencieuse est un des caractères de ces tumeurs, qui, parfois, pour cette raison, sont confondues avec des kystes de l'ovaire.

Traitement des fistules recto-vaginales.

M. Segond. — M. Félizet nous a adressé un Mémoire intéressant sur le traitement des fistules recto-vaginales, à l'occasion d'une de ces fistules qu'il a traitée et guérie, il y a environ cinq ans, par un procédé particulier. Les deux orifices de cette fistule, reliés par un trajet intra-pariétal, ne se trouvaient pas au même niveau ; l'un, le vaginal, siégeait à trois centimètres de l'orifice vulvaire, tandis que l'orifice rectal était situé à six centimètres de l'anus. Voici le procédé que notre confrère a mis en œuvre.

Après avoir fait l'incision prœ-rectale de Nélaton, on dédouble la cloison périnéale jusqu'à l'extrémité supérieure du trajet fistuleux ; il en résulte qu'on a ainsi isolé les deux orifices et les deux feuillets muqueux, vaginal et rectal. Cela fait, on sectionne longitudinalement le feuillet rectal, de son orifice à son extrémité anale, et, sans toucher à l'orifice vaginal, on laisse la cicatrisation de la plaie rectale se faire spontanément. C'est ce qui a eu lieu chez la malade de M. Félizet, en même temps que l'orifice vaginal s'obturait de lui-même.

Ce procédé opératoire, qui se recommande par sa simplicité et sa facilité d'exécution, et qui, d'après notre confrère, pourrait être appliqué à d'autres variétés de fistules recto-vaginales, présente quelque analogie avec le procédé d'Astley Cooper pour les fistules uréthro-péniennes. Je ferai encore remarquer qu'il se rapproche du procédé d'Alphonse Guérin, dont M. Quenu nous entretenait dernièrement, tout en en différant par ce point que, dans ce dernier, on ne sacrifie pas le feuillet postérieur.

Sans vouloir recommencer la discussion qui a été récemment soulevée au sein de la Société de Chirurgie, je crois de toute nécessité de diviser, au point de vue thérapeutique, ces fistules en fistules haut situées, et fistules bas situées. Pour les premières, on doit les traiter autrement que par les procédés qui sectionnent le périnée. Quant aux autres, si parfois les procédés de Guérin et de Félizet peuvent leur être appliqués, je ne vois pas

de raisons qui doivent faire abandonner d'une façon absolue la colpo-périnéorraphie, dont les résultats sont excellents.

M. Quenu. — Dans cette question de thérapeutique, il est plusieurs facteurs que l'on doit prendre en considération pour le choix de la méthode opératoire : ce sont principalement la hauteur et l'étendue de la fistule, ainsi que l'état du périnée, souvent assez satisfaisant pour qu'on n'ait pas à y toucher. J'emploie, suivant les cas, différents procédés opératoires, comme cela m'est encore tout dernièrement arrivé.

Mais, je les applique, non pas en me basant sur la division des fistules, indiquée par M. Segond, mais, sur leur division en fistules intra-sphinctériennes et sus-sphinctériennes. Cette délimitation me paraît mieux répondre à l'état pathologique, en commandant un traitement qui doit différer suivant ces deux cas.

M. Segond. — Dans la division des fistules que j'ai énoncée, il est bien entendu que je ne fais nullement allusion à celles qui confinent au cul-de-sac postérieur. Cette variété écartée, je reste convaincu qu'on aura des succès constants avec les traitements que j'ai indiqués.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *décembre* 1890

—

Traitement du pyo-salpinx.

M. Pozzi ne partage pas l'avis des chirurgiens qui s'abstiennent de toute intervention dans le traitement du pyo-salpinx, lorsqu'il y a de la fièvre et des troubles généraux. Il croit, au contraire, que c'est une indication d'intervenir, et il possède trois observations qui prouvent que la laparotomie, dans ces cas, est le meilleur moyen de faire disparaître tous les accidents.

Dans deux de ces cas, il s'agissait de malades présentant les symptômes de péritonite aiguë; il a, en effet, trouvé du liquide dans le péritoine et des fausses membranes qui avaient déterminé des accidents de pseudo-étranglement. La castration ovarienne, suivie du lavage et du drainage, a mis fin à tous les accidents. Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme atteinte de péritonite grave, consécutive à une perforation utérine faite pendant

un curetage. L'état de la malade était désespéré. M. Pozzi fit la laparotomie, rompit les adhérences, enleva quatre poches remplies de pus et la malade a promptement guéri.

Ces faits prouvent donc qu'on doit intervenir dans les cas où les malades ont de la fièvre et sont en pleine péritonite. M. Pozzi préfère recourir à la laparotomie plutôt qu'aux incisions simples par la voie vaginale ou à la laparotomie sous-péritonéale ou même à l'hystérectomie vaginale, qui ont été conseillées par quelques chirurgiens.

Occlusion intestinale déterminée par un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Laparotomie.

M. Routier fait un rapport sur une observation adressée par M. Ricard : Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans qui, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, avait été prise brusquement de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, bientôt suivies de signes d'occlusion intestinale. M. Ricard fit la laparotomie et se trouva en présence d'une tumeur dure, assez volumineuse, adhérente à la paroi abdominale, aux intestins, et reliée par un gros pédicule à l'utérus. Il sectionna le pédicule et enleva la tumeur qu'il reconnut être un kyste dermoïde. Cette tumeur, par ses adhérences à l'intestin et les coudures qu'elle y avait déterminées, était la cause des phénomènes d'étranglement. Ceux-ci disparurent d'ailleurs après l'opération, et la malade fut guérie.

M. Berger fait observer que, dans bien des cas analogues, il est souvent difficile, même après la laparotomie, de se rendre compte du mécanisme de l'occlusion intestinale. Ainsi M. Berger a récemment opéré une malade atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale paraissant étranglée depuis cinq jours. Lorsqu'il eut ouvert la cavité abdominale, il trouva une torsion de l'intestin sur lui-même, un véritable volvulus maintenu par des brides mésentériques. La malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie un énorme fibrome utérin d'où partaient deux brides allant s'attacher au bord mésentérique de l'intestin dans le point où il paraissait étranglé et où il était tordu.

M. Bouilly croit devoir faire cette remarque générale que, chaque fois qu'il s'agit de tumeur abdominale et d'étranglement in-

testinal, il faut bien plus tenir compte, dans la genèse de cet étranglement, de la péritonite que de la tumeur elle-même, qui en est exceptionnellement la cause.

Séance du 24 décembre 1890.

Récidive et généralisation des kystes de l'ovaire.

M. Schwartz relate une observation de M. Michaux qui, 3 ans 1/2 après une ovariotomie pratiquée par M. Labbé, vit se former une tumeur carcinomateuse dans la cicatrice. Les ganglions du pli de l'aine étaient infectés. Il s'agissait d'un kyste uniloculaire à parois très minces ; mais l'ovaire du côté opposé était porteur d'une tumeur et c'est au contact de ce néoplasme avec la paroi que serait due l'apparition de la tumeur maligne. M. Schwartz pense que cette interprétation de greffe cancéreuse est assez difficile à admettre.

M. Routier a opéré, le 7 septembre, une femme d'un sarcome de l'ovaire. La castration double fut pratiquée et la guérison s'en suivit ; mais, au bout de quinze jours à trois semaines, à deux endroits de la cicatrice, il s'est fait deux bourgeons charnus qui, examinés, ont été reconnus être du sarcome. Ces deux bourgeons furent détruits au thermocautère et la cicatrisation se fit. Elle est aujourd'hui très bien, mais souffre pourtant un peu des reins.

M. Terrillon veut citer deux exemples de greffe cancéreuse succédant à l'ablation de deux kystes mucilagineux. Le liquide mucilagineux s'était déjà greffé sur l'intestin ; dans un cas, M. Terrillon nettoya cette partie : la malade guérit ; mais un an après, à une seconde opération, on trouva un kyste du côté opposé ; rien sur l'intestin, mais dans l'épiploon une tumeur mucilagineuse volumineuse qui fut enlevée. La guérison date aujourd'hui de dix-huit mois.

Dans le second exemple, il s'agit de la rupture d'un kyste opéré d'urgence. Toutes les franges épiploïques étaient soudées à une masse de 5 kilogrammes qui fut détachée, enlevée et aujourd'hui la malade va bien. Ce sont donc là deux cas bien nets de deux greffes dans l'épiploon.

M. Lucas-Championnière accepte absolument la greffe de ces tumeurs malignes, mais l'interprétation de ces faits est bien difficile et notamment dans l'observation de M. Michaux on ne peut pas dire qu'il n'y a pas une récidive dans le ventre. M. Championnière a justement dans son service une femme opérée pour une lésion des annexes et qui présente maintenant une tumeur de la paroi et une pullulation néoplasique dans le petit bassin. Ces tumeurs qui paraissent donc bénignes peuvent très bien ne pas l'être.

M. Bouilly a l'exemple d'une généralisation qui paraît partir de la paroi pour envahir ultérieurement l'intérieur du ventre. Il s'agit d'une tumeur diagnostiquée kyste à paroi épaissie, où d'un fibrome devenant kystique. Outre cette tumeur il existait au niveau de l'ombilic un papillome entouré de petites verrues. L'excision de toute cette partie fut faite avant l'ouverture de la cavité. Il s'agissait d'un fibrome pédiculé. Les ovaires étaient sains. La malade guérit très rapidement et cinq mois après il existait une ascite considérable. Au milieu de cette ascite se trouvait une tumeur de l'épiploon. La malade mourut à peine un an après son opération avec tous les phénomènes de la généralisation. Il y eut donc probablement des greffes pendant l'opération.

M. Quénu croit qu'il est anatomiquement impossible de distinguer les kystes qui récidivent de ceux qui ne récidivent pas. Les kystes végétants qui sont réputés comme malins peuvent ne pas revenir; d'autres très simples au contraire ont une marche récidivante. Mais ce qu'il y a d'important, c'est de savoir si il s'agit de récidive ou de simple généralisation; car souvent il existe à côté de la tumeur des granulations soit inflammatoires, soit néoplasiques et ces granulations peuvent échapper et continuent leur évolution. Il semble que c'est dans le cas de pédicule laissé au dehors que ces granulations ont une marche envahissante, à cause de la longueur du pédicule.

M. Championnière proteste contre les prétentions de l'histologie; si on dit qu'une tumeur est bénigne après examen, c'est que les caractères de malignité échappent, et c'est à cause de cela que les histologistes ont dit que tous les kystes pouvaient devenir malins, et M. Championnière s'élève contre cette assertion.

M. Terrillon a fait déjà six opérations sur des kystes rompus déjà depuis quelque temps. Il a opéré et rencontré une masse

mucilagineuse dans le ventre ; dans ces cas dont un date de 7 ans, il n'y a jamais eu de récidive.

M. SCHWARTZ demande si dans le cas de M. Bouilly le papillome signalé n'était pas déjà un indice de généralisation.

(*La France méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

PURPURA A LA MÉNOPAUSE

(LOEBEL.)

Une dame de 50 ans, veuve d'un pasteur, n'avait pas revu ses règles depuis quatre mois.

Depuis cette époque, elle était devenue sujette aux flueurs blanches, avec troubles gastriques, pyrosis. Aux époques qui correspondaient aux retours présumés des règles, elle avait éprouvé des poussées congestives, de l'insomnie, des douleurs de reins. De plus, elle éprouvait des démangeaisons très pénibles sur toute l'étendue du corps qui s'était recouvert d'une foule de taches rouges, dont le nombre allait en augmentant.

Ces taches, les unes ponctiformes, les autres atteignant jusqu'aux dimensions d'une lentille, étaient surtout confluentes aux cuisses et aux avant-bras. Quelques-unes étaient d'un rouge vif ; elles ne pâlissaient pas sous la pression du doigt. La tension intra-vasculaire, mesurée avec le sphygmanomètre de Baschiseh, était accrue (160 millimètres).

M. Loebel, consulté par la malade, diagnostiqua un purpura en rapport avec la ménopause, et jugeant inutile toute intervention énergique, prescrivit pour calmer l'impatience de la malade, l'usage des bains chauds (38°) additionnés de boues minérales.

La pression sanguine diminua progressivement de près de 40 millimètres : le pouls perdit de sa fréquence et de son ampleur. En même temps, les démangeaisons disparurent peu à peu. On augmenta le degré de concentration des bains. Il ne se forma pas de nouvelles taches hémorrhagiques, et les anciennes se résorbèrent peu à peu.

L'auteur voit dans cette observation une preuve de la théorie suivant laquelle le molimen hémorrhagique menstruel est précédé d'une augmentation de la pression intra-vasculaire. Cet accroissement de pression subsistait au début de la ménopause, chez la malade en question, et ne pouvant se résoudre par une extravasation de sang du côté de la muqueuse utérine, il a donné lieu à des extravasations sanguines sous-cutanées.

LA FOLIE MENSTRUELLE.

L'influence des fonctions génitales sur les fonctions intellectuelles est considérable, et il n'est pas étonnant que leur établissement, surtout chez la femme, joue un rôle de première importance dans leur fonctionnement. Les accidents cérébraux qui sont sous la dépendance de la menstruation peuvent être étudiés séparément suivant qu'ils se produisent avant, pendant ou après la période d'activité utérine. Ces troubles sont très fréquents pendant la période qui précède la puberté ; ils s'observent souvent aussi au moment de la ménopause ; mais il ne sera question ici que de ceux qui surviennent en pleine vie génitale.

Les travaux sur ce sujet abondent ; il n'est pas moins intéressant de rappeler qu'un des premiers faits relatifs à cette question est le cas suivant observé en 1823. Une femme fut jetée en prison à cette époque pour avoir tué son enfant et condamnée à mort, sans qu'elle eût pu d'ailleurs expliquer en aucune façon son crime. Cependant on remarqua pendant son séjour en prison, qu'elle était prise de troubles cérébraux à chaque période menstruelle ; elle fut dès lors examinée plus complètement et bientôt internée dans un asile. Depuis ce moment, nombre de faits semblables ont été observés.

Les phénomènes qui se produisent au moment de la menstruation sont très nombreux et sont pour la plupart d'ordre congestif, portant sur des organes très divers ; souvent ils intéressent le système nerveux tout entier. Ainsi s'expliquent les troubles périodiques et passagers qu'on peut voir survenir à ce moment. Une jeune fille de 19 ans, née de parents nerveux, bien portante habituellement, entrée dans des services pour des troubles de ce genre, était réglée régulièrement, mais était sujette à ce moment à des accès d'asthme et souffrait en même temps de coliques utérines très vives. Il y a six mois,

après une violente émotion, les règles s'arrêtèrent et il survint un accès de manie avec hallucination qui dura une dizaine de jours. Elle se remit complètement, mais à la menstruation suivante, les troubles cérébraux se reproduisirent et, depuis ce moment, ils se renouvellent à chaque époque menstruelle. Cet accès de manie est caractérisé surtout par une loquacité excessive, fait très habituel chez la femme, de l'agitation, des visions partielles, etc.... Il n'y a pas de phénomènes agressifs ; l'accès dure toujours huit à dix jours, puis tout rentre dans l'ordre ; mais, fait bien particulier, la malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Or, c'est là un point important, car un aliéné qui ne se souvient en rien de ses accidents cérébraux, est beaucoup plus éloigné de la guérison que celui qui se rappelle ces accidents, en parle et surtout ne rougit pas d'en parler.

Chez cette malade, il y a coïncidence absolue entre les accès de manie et l'époque des menstrues ; de plus, les douleurs d'autrefois ont complètement disparu, comme s'il y avait une sorte de balancement entre ces douleurs et l'état cérébral. Quant à la raison de ces accidents, on la trouve surtout dans la prédisposition ; son père est sujet à des accès lypémaniques, sa mère est névropathe ; elle a une sœur hystéro-épileptique ; quant à elle, elle a été surmenée par un travail intellectuel excessif au moment de passer ses examens.

Il est notable, d'ailleurs, qu'au moment de la menstruation, la plupart des femmes éprouvent quelque phénomène insolite, intéressant la plupart du temps le système nerveux. Le fait le plus commun est la migraine qu'on peut regarder comme le début d'une légère excitation cérébrale. Mais à côté de ce phénomène si habituel, on voit survenir des bizarreries de caractère atteignant quelquefois un degré excessif. Chez les hystériques et surtout chez les épileptiques, il y a très souvent provocation de l'accès. Mais parmi les troubles intellectuels, ce que l'on observe le plus souvent est une modification de l'humeur ordinaire, qui devient essentiellement querelleuse, contradictoire, au point de rendre la vie commune à ce moment très pénible ; souvent, aussi, le sentiment de la jalousie prend alors une exaltation tout à fait maladive.

Dans les cas de ce genre, il ne s'agit que de troubles intellectuels ou moraux qui ne sont que l'ébauche d'accidents plus graves. Mais les observations abondent dans lesquelles on voit survenir de la dipsomanie, de la kleptomanie, etc... On a signalé aussi fréquemment l'érotomanie et on connaît l'observation de cette malade qui, dans un

état d'excitation génitale extraordinaire, demandait à ce moment à être conduite dans une maison de prostitution.

Le plus grave de tous ces troubles vésaniques est la folie homicide et il en existe un certain nombre de cas bien connus ; toutefois, on observe beaucoup plus souvent un délire généralisé et non spécialisé ; c'est la manie proprement dite et elle éclate presque toujours pendant le flux du sang. Tous ces accidents cessent avec les règles ou peu de temps après. Quelquefois cependant on voit les malades tomber dans la manie chronique ; on peut encore observer la forme mélancolique, et c'est ce que l'on voit en particulier chez les jeunes filles au moment de l'apparition des premières règles, ces troubles morbides pouvant disparaître ensuite.

Le pronostic de la folie menstruelle est en effet relativement favorable ; elle guérit assez souvent, mais il faut ici tenir grand compte de la prédisposition. Avec cette réserve, la thérapeutique a ici plus d'action que dans les autres formes. Les émissions sanguines au moyen des sangsues, l'emploi des vésicatoires peuvent avoir quelqu'utilité, mais le médicament principal à employer est le bromure de potassium, médicament essentiellement génital. C'est lui qui peut être utilisé dans toutes ces formes atténuées, qui sont presque physiologiques et qui pourtant ne sont pas sans importance. Enfin, quand il s'agit de manie véritable, il ne faut pas oublier qu'à côté de l'opium, de la morphine, de l'atropine, le tartre stibié à faible dose constitue un hyposthénisant très efficace et qu'on emploie beaucoup en Angleterre, surtout pour calmer les excitations de ce genre.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

RÉAPPARITION DES RÈGLES, PUIS GROSSESSE CHEZ UNE FEMME A LAQUELLE ON AVAIT ENLEVÉ LES DEUX OVAIRES.

Une jeune femme de vingt-trois ans a des douleurs permanentes dans la région des ovaires ; elle perd à peu près continuellement une petite quantité de sang. La vie, pour elle, est devenue très pénible : Anderson (de Glascow) lui enlève les deux ovaires. Tous deux présentent des traces d'ovarite chronique : le gauche est kystique. Après l'opération, les douleurs disparaissent, ainsi que la métrorrhagie. La malade est enchantée. Quatre mois après, les règles se montrent et

durent quatre jours. Elles se reproduisent ainsi pendant six mois. La jeune femme se marie, devient enceinte et accouche d'un enfant mort-né.

On a vu des hommes privés de leurs testicules avoir cependant des enfants; la malignité publique n'était pas embarrassée pour expliquer semblable fécondité. Avec une femme privée de ses ovaires, l'interprétation deviendrait beaucoup plus difficile si l'on ne connaissait l'existence des ovaires supplémentaires.

Il est curieux, toutefois, de constater que non seulement la menstruation, mais aussi l'ovulation se soient rétablies avec une pareille régularité et que la conception ait eu lieu après une castration en apparence complète.

(*Brit. med. Journ.*)

SARCOMES DE L'UTÉRUS,

Par M. TERRILLON.

M. Terrillon a réuni 14 observations qui se décomposent ainsi : 4 sarcomes de la muqueuse, 2 sarcomes gigantesques du fond de l'utérus, 3 sarcomes pédiculés, 4 sarcomes kystiques. Ces tumeurs, au point de vue histologique, se divisent en trois variétés : sarcomes de la muqueuse, sarcomes interstitiels, sarcomes kystiques.

Le sarcome de la muqueuse apparaît sous la forme bourgeonnante et sous la forme ulcéreuse. Dans les deux cas, on signale l'augmentation de la cavité utérine et l'indépendance du col.

Le sarcome insterstitiel revêt également deux formes : le sarcome gigantesque avec énorme hypertrophie de l'utérus et le sarcome par places, souvent pédiculé. Le sarcome kystique est un kyste à parois épaisses et généralement rempli de liquide hématique.

Ces tumeurs apparaissent le plus souvent chez les malades âgées de trente à cinquante ans ; beaucoup de ces malades n'ont pas eu d'enfants. La marche de ces tumeurs est rapide et contraste avec la conservation de l'état général. La survie dépasse rarement deux ans. Les désordres graves qui entraînent la mort paraissent dus à des phénomènes de compression. La récidive après l'ablation est la règle. Elle est souvent rapide ; elle varie entre cinq mois et deux ans. Elle a lieu sur le moignon, parfois aussi dans un endroit éloigné. Chez une des malades de M. Terrillon, elle s'est faite dans le poumon. Le

sarcome de l'utérus est donc une affection maligne à évolution rapide.

Le diagnostic peut être basé sur l'écoulement sanguin presque continuel, l'augmentation de volume de l'utérus et de sa cavité. Chez une femme de cinquante-deux ans, M. Terrillon avait constaté une cavité utérine de 18 centimètres, et un utérus gros comme les deux poings. Cette malade n'a pas été opérée et elle est morte, cachectique, en cinq mois. Le diagnostic du sarcome interstitiel, au début, est assez difficile. C'est surtout la marche rapide qui permettra de le distinguer du fibrome.

Le seul traitement chirurgical applicable à ces tumeurs est l'ablation totale. Le mode d'intervention varie. On ne peut opérer par la voie vaginale que les sarcomes intra-utérins à leur début. Cette voie n'est indiquée que dans les cas où l'utérus est petit et mobile. Dans les autres cas, il faut recourir à la voie abdominale, à la ligature élastique et au pédicule intra-abdominal. L'opération est souvent rendue difficile par des adhérences avec l'intestin. Pour les sarcomes intra-utérins on peut recourir, avec avantages, au curetage et à la cautérisation au chlorure de zinc plusieurs fois répétés. Souvent, après cette intervention, la température s'élève à 40 degrés. Jamais pareil fait ne s'observe à la suite de la même intervention pour métrite. M. Terrillon pense qu'on pourrait en conclure à une auto-infection, à une septicémie particulières.

DES ADHÉRENCES DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE ET DE L'OVARIOTOMIE INCOMPLÈTE,

Par M. Braun.

L'auteur a étudié cette opération au point de vue de ses causes, de ses indications, de son manuel opératoire et de ses résultats. D'après lui, les causes qui déterminent le chirurgien à renoncer à l'extirpation complète d'un kyste ovarique sont les adhérences étendues, viscérales et vasculaires, aussi consacre-t-il un chapitre important de son travail à l'étude de ces adhérences dont la condition de formation est la chute de l'épithélium, les frottements, le volume et l'ancienneté du kyste. Elles sont, ainsi que l'a écrit Cornil, le résultat de l'ensemble des phénomènes désignés, depuis Hunter, sous le nom d'inflammation adhésive. Il divise ces adhérences, avec M. Terrillon,

en deux grandes variétés : les adhérences par inflammation, qui sont le résultat d'une péritonite localisée, et les adhérences par infiltration, qui sont la cause la plus fréquente des ovariotomies incomplètes. Quant au diagnostic du siège de ces adhérences, il est toujours très difficile, parfois même impossible, surtout quand elles sont viscérales et qu'elles siègent dans la profondeur.

Le traitement de ces adhérences varie suivant qu'elles sont molles et peu vasculaires, molles et vasculaires ou fibreuses.

Dans le premier cas, le doigt ou le manche du bistouri suffisent pour les détacher ; si l'adhérence, tout en restant molle, est vasculaire, il faut la sectionner entre deux ligatures, après avoir essayé de la détacher le plus possible sans se servir d'instruments. Si, enfin, les connexions qui lient le kyste aux organes voisins sont fibreuses, et surtout si elles sont étendues et vasculaires, le traitement pourra présenter des difficultés ; il sera même impossible à formuler, et le chirurgien sera obligé d'avoir recours à l'ovariotomie incomplète.

L'étude de cette opération fait l'objet de la deuxième partie du travail de M. Braun. Les indications de l'ovariotomie incomplète sont posées aussi bien que le permet la solution actuelle de la question. Étant donné les idées très variables des chirurgiens, étant donné leur pratique absolument personnelle, il était difficile à l'auteur de formuler des règles bien précises. L'ovariotomie incomplète n'est en réalité qu'une opération de nécessité, imposée par les circonstances, de telle sorte que les indications ne sauraient en être établies d'une façon absolue.

Le manuel opératoire est étudié ensuite, mais d'une façon un peu trop écourtée. Cette partie de la thèse aurait gagné à être développée avec plus d'ordre et plus de précision.

Malgré ces quelques lacunes, le travail de M. Braun est intéressant ; il renferme un grand nombre d'observations inédites, la plupart recueillies dans nos cliniques chirurgicales, aussi méritait-il d'être signalé à votre attention.

(*Rev. méd. de l'Est*).

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'OVAIRE.

Pour les *tumeurs de l'ovaire*, l'injection d'eau dans le gros intestin peut souvent avoir une certaine valeur diagnostique, attendu qu'elle produit le déplacement de la tumeur en avant, un peu en haut et vers le côté auquel appartient l'ovaire affecté.

(*Bull. méd.*)

VARIÉTÉS

—

MÉTRORRHAGIE PRODUITE PAR UNE COURSE EN TRICYCLE. — Dans le numéro du 1er septembre 1890 des *Annales d'orthopédie et de chirurgie pratiques,* notre distingué confrère, le Dr M. Bihaut, consacre aux vélocipèdes en général un intéressant article dans lequel il étudie les avantages et désavantages de ce mode de locomotion qui devient de plus en plus à la mode. Il constate surtout que l'attitude des vélocipédistes est mauvaise en général et tient à plusieurs causes.

Nous plaçant à un point de vue spécial, nous ne nous arrêterons pas au bicycle qui offre le plus d'inconvénients et qui est très rarement employé par le sexe féminin ; nous allons relater l'observation d'une femme qui fut atteinte d'une métrorrhagie abondante à la suite d'une course en tricycle.

Mme E..., de S... (Ardennes), âgée de vingt-cinq ans ; mariée depuis quatre ans, pas de grossesse ni de fausses couches. Elle jouit d'une bonne santé habituelle.

Elle se présente à ma consultation le 1er septembre 1890. Le 13 juillet précédent, elle a fait une course de deux heures en tricycle, ses règles apparaissent aussitôt (ses dernières règles ont commencé le 15 juin dernier et ont duré quatre jours). Depuis ce jour, l'écoulement n'a pas cessé un instant jusqu'au moment où elle vient me consulter. Cet écoulement se fait normalement, sans aucune douleur autre que les malaises qui accompagnent la menstruation. La malade, inquiète de voir ses règles se prolonger au delà de huit jours, fait appeler un médecin qui lui administre de l'ergotine en potion et lui fait garder le repos au lit. Cette médication est continuée pendant une partie du mois d'août sans aucun résultat. Quand cette malade se présente à ma consultation, je constate que l'écoulement est assez

abondant et constitué par du sang noir, liquide, sans odeur appréciable. Elle est obligée d'être constamment garnie et de changer de linge deux ou trois fois par jour. Le teint est rouge, coloré, ainsi que les muqueuses ; les muscles sont fermes et bien développés ; il n'y a absolument aucune douleur, aucun symptôme de lésion à la palpation du ventre. Le toucher vaginal nous montre que les organes génitaux sont de volume et de consistance normales. A l'examen au spéculum, le col paraît lisse, rose, petit ; le canal cervical laisse suinter du sang noir ; la cavité utérine mesure 6 centimètres 1/2. Il n'y a rien du côté du cœur, ou des poumons. Pas de constipation. Appétit et sommeil normaux.

En résumé, la métrorrhagie existe seule, absolument indolore, sans qu'on puisse trouver une lésion organique qui l'explique. La malade est très gaie, d'une santé florissante, et si la vue de ce sang qui coule toujours ne l'effrayait pas, elle ne serait pas venue réclamer mes soins.

Je lui prescris, trois fois par jour, des injections d'eau boriquée, très chaudes, prises couchées, très lentement et au moyen d'un irrigateur vaginal. Repos complet au lit ou sur la chaise longue. Elle prendra une cuiller à bouche, toutes les deux heures, de la potion suivante :

Extrait fluide de viburnum prunifolium.....	2 grammes.
Extrait fluide d'hamamelis virginica.....	4 —
Sirop de menthe.....	30 —
Eau de tilleul.....	120

F. s. a.

Nous augmentons successivement la dose de l'extrait fluide de viburnum prunifolium jusqu'à 5 grammes, et l'extrait fluide d'hamamelis virginica jusqu'à 8 grammes. L'hémorrhagie va en diminuant et le 7 septembre, l'écoulement cesse pour ne plus reparaître. Les règles sont réapparues le 29 septembre et le 27 octobre dernier et ont été normales comme durée et comme quantité.

La cause de cette métrorrhagie nous paraît être la course de deux heures en tricycle, qu'a fait notre malade.

De cette observation, je pense devoir conclure que l'usage des vélocipèdes : bicycles, bicyclettes, est nuisible, par les mouvements violents qu'il imprime aux membres inférieurs, à la santé de la femme pendant certaines période de sa vie génitale.

La femme devra surtout s'abstenir d'user de ces moyens de locomotion pendant ses règles et les quelques jours qui précèdent et qui suivent cette période ou pendant la grossesse, ou lorsqu'il existe quelques lésions des organes génitaux urinaires.

(*Gaz. de Gyn.*)

—

Le comble de la spécialité. — *Les chirurgiens des orifices.* — Les disciples de ce nouveau culte s'occupent spécialement des orifices du corps humain, convaincus qu'ils sont que ceux-ci convenablement protégés, dans les conditions normales, les organes internes se préserveront eux-mêmes. Ces *médecins des orifices* (oriphysicians) ont eu dernièrement leur réunion annuelle à Chicago.

(*Gazette de gynécologie.*)

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Deux opérations obstétricales (opération césarienne; mère et enfants vivants. — Accouchement prématuré artificiel),** par le Dr N. Charles (de Liége). — Liége, Bertrand, 1890.

II. **Etude sur l'asthme chez les enfants,** par le Dr R. Blache. — Paris, Asselin et Houzeau, 1890.

III. **Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle,** par le Dr F. Widal. Paris, Steinheil, 1889.

IV. **Etude sur Habicot. L'anatomie et la chirurgie de son temps,** par le Dr R. Vaucaire. Paris, Rueff, 1891.

V. **De l'opération césarienne. Méthode et procédés d'exécution,** par le Dr Berlin (de Nice). Couronné par l'Académie de Médecine, (prix Capuron, 1889). Paris, O. Doin, 1890.

VI. **Traité pratique du pied-bot,** par E. Duval. Paris, 1891. (*Sera analysé.*)

VII. **Du traitement de l'aménorrhée par la gymnastique suédoise,** par le Dr S. Frédéricq. Bruxelles, Lamertin, 1890. (*Voir la Revue de Gynécologie, du présent numéro.*)

VIII. **Des laryngites,** par le Dr Ozenne. Paris, Asselin et Houzeau, 1890.

IX. **Les signes physiques des hallucinations,** par le Dr M. Féré. (Extrait de la *Revue de Médecine.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1. — Traitement de la vulvite ulcéreuse des diabétiques. — M. Menière formule la préparation suivante :

Naphtol B	1	gramme
Teinture de bois de Panama	10	—
Extrait de jusquiame	4	—
Eau distillée	76	—

F.s.a. une émulsion.

En vaporiser quotidiennement 20 grammes, en écartant avec soin les petites lèvres.

Compléter le traitement par le régime et la médication alcaline.

***

2. — Traitement des métrorrhagies par l'ergotine en lavements. — Dans les cas où l'ergotine est mal tolérée par la voie buccale, on peut, à l'exemple de Rheimtater et autres, prescrire, immédiatement après un lavement évacuant, l'injection, par la voie rectale, d'une cuillerée à café de la solution suivante dans trois grandes cuillerées d'eau tiède :

Ergotine	10	grammes
Eau distillée	70	—
Glycérine	20	—
Acide salicylique	0,20	centigr.

F.s.a. pour l'usage externe.

***

3. — Traitement de l'herpès génital. — Dans son livre remarquable sur le *Traitement des Maladies de la Peau*, notre savant confrère M. le Dr Brocq distingue, au point de vue thérapeutique, les formes suivantes qui, chacune, comportent des indications différentes.

I. Herpès génital discret. — Il conseille les pansements biquotidiens suivants :

1° Lotion avec l'eau blanche coupée d'eau, l'eau de Labarraque, le vin aromatique très étendu ; une décoction astringente de rose ou de ratanhia ; ou bien : une solution boriquée préparée avec l'eau pure ou la décoction de feuilles de noyer.

2° Immédiatement après, application de la poudre suivante :

Oxyde de zinc.....	} ãã 1 gramme.
Calomel.....	
Sous-nitrate de bismuth.....	3 —

BOSTON MEDICAL LIBRARY OCT 28 1902

Ou bien : la poudre d'oxyde de zinc, de carbonate de bismuth, le talc boriqué.

Dans l'eczéma humide, M. Ernest Besnier prescrit un mélange ainsi composé :

Amidon pulvérisé.....	100 grammes.
Tannin.....	5 —
Sous-nitrate de bismuth.....	1 —

Au besoin, s'il y a de l'irritation, le même observateur fait précéder l'application de la poudre par une onction avec l'onguent diachylon lanoliné et M. Brocq, avec la vaseline, la pommade à l'oxyde de zinc ou le cérat lanoliné.

II. Herpès génital confluent.

1° Au début, topiques émollients, cataplasmes de fécule à l'eau boriquée, lotions de décoction de têtes de pavot boriquée, bains de siège ;

2° Onctions avec la vaseline, l'axonge fraîche, le cold-cream ou bien application d'une poudre inerte, suivant la tolérance des malades (Brocq) ;

3° Quand celle-ci est établie : onction avec l'onguent diachylon lanoliné, la pommade à l'oxyde de zinc et au sous-nitrate de bismuth boriquée ou non.

III. Herpès génital récidivant.

1° Cautérisations avec les solutions de nitrate d'argent titrées à 30, 20 ou 10 pour cent ou mieux avec le crayon de nitrate d'argent (Brocq) ;

2° Lotions astringentes avec les solutions de sulfate de cuivre, de zinc ou de sublimé ;

3° Applications de poudres sèches et de ouate;
4° Traitement général : eaux de Saint-Gervais, de Luchon.

***

4. — **Des antipyrétiques chez les enfants**, par M. L. Stowell. — L'auteur insiste sur le danger de l'emploi prolongé de l'acétanilide, de l'antipyrine et de la phénacétine chez les enfants. (*Archiv. Pediatrics*, oct. 1890.)

Il recommande la quinine comme l'antipyrétique de choix.

Indirectement, ajoute-t-il, on peut obtenir un abaissement de la température :

1° Par l'emploi des toniques du cœur : par exemple, en combinant la quinine et la digitale contre l'hyperthermie dans la bronchite capillaire, la pneumonie catarrhale ou les oreillons.

2° Par les toniques généraux : le fer dans la diphtérie.

3° Par un régime diététique convenable.

Enfin, dans la médecine infantile, on retire les plus grands bénéfices des bains froids et des affusions d'eau froide, surtout pour prévenir ou combattre le collapsus.

***

5. — **Diagnostic et traitement des corps étrangers des voies urinaires chez les enfants**, par M. L. D'Astros. — Au point de vue du diagnostic, deux cas se présentent :

1° Le *corps étranger est immobilisé* à la bifurcation des bronches ; on a pour éléments de diagnostic : des modifications très insuffisantes dans la respiration.

2° Le corps est *mobilisable* par des secousses de toux : il faut chercher la sensation tactile que l'on éprouve en saisissant entre deux doigts la partie suspendue du conduit respiratoire, et, de plus, les signes d'auscultation pulmonaire résultant du déplacement du corps étranger. Ces signes sont importants à constater dans l'intervalle des accès de toux. (*Revue mensuelle de l'Enfance*, nov. 1890, p. 94.)

Faut-il pratiquer la trachéotomie ? Elle s'impose : si le corps est *mobile ; quelle que soit l'époque à laquelle remonte la pénétration* ; si on assiste à l'accès et si on a la certitude que ce corps étranger existe par la connaissance des anamnestiques.

Elle est contre-indiquée quand il y a *immobilisation et fixation définitive du corps étranger dans les bronches.*

Enfin si, pendant l'opération, on ne réussit pas à provoquer l'expulsion du corps étranger, on doit, dans les jours qui suivent cette intervention, titiller la trachée, la plaie étant maintenue béante par la dilatation, pour amener des quintes de toux.

(*Rev. gén. de Clin. et de Thér.*)

***

6. — De l'emploi du viburnum prunifolium en obstétrique (Lutaud.) — Introduit dans la thérapeutique par les Américains, le viburnum prunifolium a été l'objet d'une expérimentation suffisante pendant ces dix dernières années pour prendre rang parmi les meilleurs sédatifs utérins.

Préparations et doses. — On emploie généralement en Amérique l'extrait fluide à la dose de 4 à 10 grammes par jour. C'est la préparation que nous recommandons.

On prescrit également un extrait mou en pilules à la dose de 60 centigr. par jour. Enfin, la viburnine se donne à la dose de 5 à 10 centigrammes.

Action thérapeutique. — Nous l'avons dit, le viburnum est surtout un sédatif utérin. Son emploi est surtout utile pour combattre l'avortement et calmer les coliques utérines de la dysménorrhée.

Dans l'avortement habituel, provoqué par l'irritabilité utérine, des congestions utérines survenant à l'époque où devaient avoir lieu les règles ou chez les femmes faibles et délicates « qui avortent en faisant le moindre pas », dont parle Moriceau, il faut préférer le viburnum aux opiacés. Les effets consécutifs ne sont point fâcheux comme ceux de ces derniers médicaments, et l'on peut l'administrer aussi souvent que l'on veut, *même* aux femmes enceintes qui sont atteintes d'affections rénales et chez lesquelles l'opium est contre-indiqué.

Auvard a employé le viburnum dans un cas de rupture prématurée des membranes et a pu retarder la date de l'accouchement, ce qui a permis à la malade d'effectuer un voyage en chemin de fer et d'être délivrée chez elle.

Mon expérience personnelle me permet de recommander l'emploi du viburnum dans toutes les formes de dysménorrhée et chaque fois que des contractions utérines font craindre une fausse couche ou un

accouchement prématuré. J'ai employé l'extrait fluide à la dose de 10 grammes par jour, de préférence à toute autre préparation.

***

7. — La térébenthine dans les hémorrhagies post partum. — Lorsque les moyens ordinaires n'ont pas produit d'effet, il faut saturer une pièce de linge de térébenthine, l'introduire avec la main à l'intérieur de l'utérus et l'exprimer contre les parois, la contracture se produit et toute hémorrhagie cesse instantanément.

(*Revue obstétricale et gynécologique.*)

***

8. — Considérations nouvelles sur le traitement des ulcérations du col, par BURTON. — Il faut six semaines environ pour guérir une érosion du col, simplement par le tampon vaginal et l'acide borique ou l'iodoforme en poudre.

La malade doit garder le tampon pendant quatre ou cinq jours ; quand elle le retire, elle doit prendre des injections avec de l'eau chaude pendant deux jours et mettre un nouveau tampon. Il est bien entendu que si l'érosion est symptomatique d'une endométrite, c'est au curettage qu'il faut avoir recours.

***

9. — Des procidences méconnues du cordon ombilical, par M. le Dr LOUIS PÉLISSON. — Dans sa thèse très étudiée et élégamment écrite, le Dr Pélisson étudie une variété de procidence du cordon ombilical à laquelle il donne le nom de *latérocidence*.

Les développements dans lesquels il entre nous montrent des aperçus nouveaux dont les accoucheurs peuvent tirer un grand profit, et les observations rapportées sont extrêmement intéressantes à lire.

Nous croyons du reste devoir reproduire en entier les conclusions de cette thèse, que nous conseillons à nos lecteurs de lire en détail.

CONCLUSIONS.

1° Lorsque les membranes sont rompues et que la dilatation est complète, que la présentation soit dans l'excavation ou au détroit inférieur, il peut y avoir procidence incomplète du cordon ombilical ;

2° Cette procidence, restant sur les côtés de la tête, peut être méconnue ;

3° L'auscultation pratiquée souvent permettra de soupçonner son existence, aussi ne faut-il pas négliger de la pratiquer souvent pendant toute la période d'expulsion : on peut essayer de toucher pour compléter son diagnostic ;

4° Si les bruits du cœur indiquent que l'enfant souffre, il faut terminer l'accouchement le plus vite possible ;

5° Le forceps étant appliqué, s'efforcer de ne point prendre le cordon entre les cuillers de l'instrument.

***

10. — Solution contre le prurigo de la vulve. (TARNIER.)

Bichlorure de mercure..	2	gr.
Alcool.....	10	»
Hydrolat de rose.....	40	»
Eau distillée.....	450	»

Faites dissoudre. — Ce liquide s'emploie pur, en lotions répétées le matin et le soir, contre le prurigo vulvaire des femmes enceintes. Les premières applications provoquent toujours une cuisson assez vive, et nécessitent habituellement un lavage consécutif à l'eau fraîche. Mais l'usage de cette solution devient de moins en moins douloureux, et la guérison est souvent très rapide.

***

11. — Pommade contre l'eczéma de la région anale et des organes génitaux. (M. LUSTGARTEN.)

Oléate de cocaïne.....	1 à 2 gr.
Lanoline.....	40 »
Huile d'olive.....	10 »

Mêlez. — Usage externe.

Faire des applications de cette pommade deux fois par jour, et après chaque application, saupoudrer la partie avec une poudre absorbante quelconque.

La malade prendra, en outre, des bains de siège chauds au savon.

Contre le prurit anal, on se servira avec avantage de suppositoires à l'oléate de cocaïne.

***

12.— Pommade contre l'eczéma du mamelon. (BRAUN.)

Calomel.....	3 grammes.
Carbonate de magnésie.....	2 gr. 50 centigr.
Onguent rosat.....	30 grammes.

F. s. a. une pommade avec laquelle on frictionne légèrement le mamelon atteint d'eczéma. — Pour prévenir le développement de l'eczéma, nettoyer le mamelon avec le plus grand soin après chaque tétée. — Si l'aréole est sensible et le mamelon excorié, on le frictionne matin et soir avec de la glycérine additionnée de tannin, et on fait disparaître toute trace de ce topique, au moment du repas de l'enfant.

***

13. — Le massage dans le traitement des exsudats du petit bassin, par SEMIANKOFF (*Wratsch*, 1889). — Les expériences instituées à la clinique de Slaviawski, à Saint-Pétersbourg, pendant une période de sept mois, ont donné les résultats suivants :

1° Le massage trouve son indication dans les diverses espèces d'inflammation des organes et des tissus du petit bassin ; 2° les meilleurs résultats sont obtenus dans le traitement des exsudats provenant de para ou de péri-métrite ; 3° les inflammations de la muqueuse utérine disparaissent au fur et à mesure que diminuent les inflammations de l'utérus ou des autres organes et tissus pelviens ; 4° les déviations latérales de l'utérus disparaissent parallèlement aux inflammations qui les avaient produites ; 5° dans la grande majorité des cas, les troubles dysménorhéiques disparaissent en s'améliorant notablement sous l'influence du massage pendant la période menstruelle ; 6° le massage gynécologique agit favorablement sur le système nerveux, de même que sur les organes digestifs et sur la nutrition en général.

Semiankof conclut que le massage gynécologique ne présente aucun danger et est préférable à tout autre mode de traitement non chirurgical. Il conclut ainsi, parce que, dans la plupart des cas, le massage produisit une amélioration notable ou même une guérison complète, tandis que d'autres traitements, employés pendant longtemps, n'avaient amené aucun résultat.

***

14. — Traitement de la paramétrite subaiguë et de la paramétrite chronique, avec adhérences, par l'électricité et le massage combinés, par le Dr A. SALVAT, de Bordeaux (1).— Les résultats excellents obtenus par le massage dans les cas de paramétrite subaiguë ou chronique avec exsudats m'avaient donné à penser que l'électricité combinée au massage pouvait m'en donner de meilleurs.

J'ai donc eu l'idée d'essayer de faire, chez quelques malades atteintes de ces affections, des séances alternatives de massage et d'électricité intra-utérine, telle que la pratique mon maître et ami, le docteur Apostoli.

N'ayant qu'un nombre restreint d'observations, je me bornerai à communiquer brièvement le résultat de ma pratique, car j'étudierai plus tard, d'une façon approfondie, les phénomènes qui découlent de ce traitement.

Voici les observations de trois malades traitées dans ma clientèle, à Bordeaux.

Ma première malade, âgée de 25 ans, eut, à 23 ans, une fausse couche de un mois et demi, à la suite de laquelle elle ressentit tous les symptômes d'une paramétrite aiguë, douleurs vives dans le bas-ventre, fièvre, nausées, diarrhée, envies fréquentes d'uriner. Elle garda le lit longtemps, me dit-elle : mais, depuis cette époque (mai 1888), elle a toujours souffert plus ou moins dans le ventre.

Quand je l'ai examinée pour la première fois (10 mars 1890), j'ai trouvé l'utérus retenu en arrière par de nombreuses adhérences. J'ai fait journellement une séance de massage pendant trois jours (11, 12 et 13 mars). Ces manœuvres ayant éveillé une douleur assez vive, j'ai fait, le 14 mars, une première séance de galvano-caustique chimique intra-utérine d'une intensité de 25 milliampères et d'une durée de 5 minutes bien supportée.

Le lendemain (15 mars), j'ai fait une séance de massage sans occasionner de douleur.

16. — Séance de massage, aucune douleur.

17. — 2e G. C. C. I. U. + 30 mm., durée 6'.

18. — Repos.

19, 20, 21. Massage.

22. — 3e G. C. C. I. U. + 40 mm., durée 7'.

(1) Communication faite au Xe Congrès médical international de Berlin 1890), section de Gynécologie.

23. — Repos.
24, 25, 26. — Massage.
27. — 4e G. C. C. I. U. + 50 mm., durée 7'.
28. — Repos.
29, 30. — Massage.
31. — 5e G. C. C. I. U. + 60 mm., durée 6'.
1er avril. — Repos.
2. 3. — Massage.
4. — 6e et dernière G. C. C. I. U. + 70 mm., durée 7'.
5 et 6. — Repos.
Du 7 au 15. — Massage tous les jours.

En résumé, 6 séances de G. C. C. I. U. + d'une intensité moyenne de 50 mm. et 24 séances de massage.

Après 35 jours de traitement, l'utérus recouvrait sa mobilité normale, le toucher bimanuel ne réveillait aucune douleur, et la malade pouvait reprendre ses anciennes occupations très fatigantes qu'elle avait dû abandonner depuis deux ans.

Je note en passant ce fait curieux : la malade, qui, au début du traitement, mesurait 102 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic, ne mesurait plus que 82 centimètres à la fin du traitement.

Ma deuxième malade (20 mars 1890), agée de 25 ans, offrait également les signes d'une paramétrite subaiguë, avec douleurs pendant la défécation.

Pour diminuer ces douleurs, j'appliquai, le 21 mars, la G. C.C.I.U. +25 m., pendant 5'.

22. — Repos.
23. — 2e G. C. C. I. U. + 50 mm., pendant 5'.

Le résultat fut tel que, le 25, je fis le massage sans éveiller la moindre douleur.

Je fis, en résumé, 8 séances de G. C. C. I. U. + d'une intensité moyenne de 80 mm. et d'une durée de 7' à 8', et 15 séances de massage avec des jours de repos après chaque séance de traitement électrique.

Le traitement dura 32 jours, au bout desquels la malade reprit ses occupations très pénibles.

Ma troisième malade, âgée de 27 ans, qui avait eu deux accouchements à terme et une fausse couche de deux mois, vint me consulter le 2 mai 1890. Je trouvai l'utérus en rétroversion retenu par des ad-

hérences ; un peu d'exsudat en arrière ; toucher bimanuel douloureux.

Je fis à cette malade 10 séances de G. C. C. U. I. + d'une intensité de 80 mm. et d'une durée moyenne de 6', plus 10 séances de massage. Après chaque séance de traitement électrique, je faisais reposer la malade pendant deux jours.

Le résultat fut très bon, et la malade a repris ses occupations de repasseuse.

En résumé, quoique mes observations ne soient pas bien nombreuses, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de paramétrite subaiguë et de paramétrite chronique, la galvano-caustique chimique intra-utérine positive combinée au massage a amené, chez les trois malades, la résorption rapide des phénomènes douloureux et activé la résorption des exsudats ; au bout de deux ou trois séances, les malades éprouvaient un soulagement tel qu'elles se croyaient guéries.

2° Les adhérences m'ont paru s'assouplir plus vite qu'avec le massage seul.

3° La leucorrhée dont étaient atteintes ces malades disparaissait rapidement et les forces revenaient vite.

15. — Sur le pronostic et le traitement du cancer de la matrice, par le docteur Tannen (*Archiv für Gynœcologie*, t. XXXVII, fasc. 3). — Voici une statistique qui fournit des renseignements précis sur la valeur de l'intervention opératoire dans les cas de cancer de la matrice ; elle émane de la clinique gynécologique de Breslau :

Le nombre des cas de carcinome pour lesquels on a eu recours à une opération radicale s'est élevé à cent trois : dix femmes sont mortes des suites de l'opération, ce qui donne un taux de mortalité de 9.7 %. Au bout d'un an, la proportion des survivantes était de 57 %, au bout de deux ans de 47 %. La proportion des cas exempts de récidive, au bout d'un temps variant de trois à cinq ans, a été de 42,3 %.

La plupart des récidives se sont déclarées dans le cours de la première année qui a suivi l'opération, mais les récidives peuvent se déclarer très tardivement, au bout de quatre ans et plus, ainsi que le prouve une observation de Tannen.

Dans les cas de récidive, la mort est survenue au bout d'un temps qui a varié de six à neuf mois. A la clinique de Breslau, on en est venu à restreindre le cercle des indications de l'extirpation totale de l'utérus, la preuve étant faite que, lorsque les ligaments sont rigides, indurés, non seulement l'opération se heurte à de grandes difficultés et à des dangers plus sérieux, mais, en outre, les récidives sont presque inévitables. M. Tannen conclut, en somme, que :

1° La guérison du cancer de l'utérus, à la suite de l'hystérectomie vaginale, est possible, mais qu'elle est toujours de durée limitée ;

2° L'extirpation radicale de l'utérus cancéreux a, à son actif, un grand nombre de guérisons momentanées ;

3° L'infiltration du parametrium et la rigidité de l'appareil ligamenteux constituent des contre-indications à l'extirpation totale ;

4° Il y a lieu de repousser toutes les opérations partielles tendant à la cure radicale, sauf lorsque l'intervention chirurgicale s'impose chez une femme gravide.

***

16. — Traitement de l'insomnie des enfants. (Jules Simon.) — Il faut, tout d'abord, rechercher la cause souvent très difficile à découvrir. La plupart du temps l'insomnie reconnaît pour origine la dyspepsie.

Souvent aussi, l'insomnie dépend du repas du soir qui est trop copieux.

Une fois l'étiologie connue, le premier soin doit être de combattre la cause en prescrivant une hygiène sévère. Dans quelques cas cela ne suffit pas ou bien on n'a pu découvrir la cause, il faut agir quand même, avoir recours aux hypnotiques. Quels sont donc les hypnotiques qu'on peut ordonner à un enfant ?

Le premier des hypnotiques est l'opium ; on a voulu le proscrire de la thérapeutique infantile et pourtant c'est le roi des hypnotiques. Mais il ne faut pas donner l'opium à un enfant qui est constipé, qui a de l'anurie ou qui a des démangeaisons : voilà les principales contre-indications. Prescrire le laudanum à raisone d'un demi-goutte au-dessous d'un an, et ensuite d'une goutte par une année, dans une potion.

Le sirop de codéine est un bon hypnotique, admirablement supporté par les petits enfants. A un an, une cuillerée à café de ce sirop dans une potion ; au-dessous d'un an, une demi-cuillerée à café.

Les bromures sont souvent utiles ; on donnera alors 30 centigrammes à six mois, cinquante à un an, un gramme ensuite par jour, dans le potage du soir, en ayant soin d'interrompre la médication après cinq à six jours pour la reprendre ensuite.

Le chloral est un hypnotique excellent, sans danger ; on peut le donner aux mêmes doses que le bromure et la meilleure manière de l'administrer est un lavement. Donner un lavement simple pour nettoyer l'intestin, puis le chloral associé au camphre ou au musc dans un jaune d'œuf délayé dans une petite quantité d'eau.

Le chloral convient surtout quand l'enfant est menacé de convulsions, qu'il a le hoquet ou des soubresauts ; l'insomnie n'est souvent en effet que le prélude des convulsions.

Dans quelques cas, l'antipyrine en lavement et aux mêmes doses que le chloral ou le bromure, est un bon médicament.

Il est enfin d'autres hypnotiques que l'on ne doit pas négliger, tels que l'eau de laurier-cerise, le musc, l'éther, la valériane.

(*Bulletin méd.*)

***

17. — Traitement du catarrhe utérin. — La méthode mise en œuvre par Chrobak consiste dans l'emploi du pansement sec et s'effectue de la manière suivante :

1° Nettoyage mécanique du vagin et lavages au sublimé de 1 0/00 ;

2° A l'aide du spéculum Cusco et d'un peu d'ouate antiseptique roulée au bout d'un manche de pinceau, ablation du mucus recouvrant le museau de tanche et remplissant le canal cervical ;

3° Introduction d'une sonde utérine du plus fort numéro jusqu'au fond de l'organe, afin de reconnaître la direction de l'utérus et maintenir ses parois écartées.

Si la sonde ne peut franchir l'orifice interne, dilatation progressive avec les dilatateurs d'Hégar jusqu'au n° 5 ; on ne provoque aucune douleur en n'allant pas au delà ;

4° Par la sonde, lavage complet de la cavité avec le sublimé à 1 0/00 ; le récipient à irrigation élevé de un mètre au plus et la partie supérieure du corps de la malade tenue haute ;

5° Asséchement de la cavité utérine avec de l'ouate ;

6° Tamponnement utérin avec une mèche iodoformée, qui est préférable à la gaze et à l'ouate ; elle draine mieux ;

7° Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Ce traitement s'adresse spécialement aux cas d'endométrite pure, sans complication du côté des annexes.

On laisse le tout vingt-quatre à quarante-huit heures en place.

On pourrait remplacer l'iodoforme par le bismuth, l'acide borique, l'alun, le tannin.

Après dix ou douze pansements, on se contente de faire, chaque jour, une irrigation vaginale antiseptique et de mettre un tampon. Enfin, pour s'assurer de la guérison, on place un tampon imbibé de glycérine au tannin à 25 0/0 ; lorsqu'on le retire, on ne trouve pas trace de sécrétion.

Dans l'endométrite purulente, d'origine blennorrhagique spécialement, il est nécessaire de faire une cautérisation de la cavité utérine avec le chlorure de zinc à 50 0/0.

H. G.

***

18. — Valeur de l'exercice musculaire dans le traitement du petit bassin chez la femme. — Les exercices corporels ont presque repris de nos jours l'importance que lui accordaient les anciens ; le but est toutefois un peu différent, c'est moins la plastique qu'on recherche de nos jours que le maintien de la santé qui ne peut subsister sans le travail synergique et bien équilibré de tous nos systèmes. L'exercice musculaire est érigé en méthode de traitement dans une foule d'états morbides. Aujourd'hui c'est un médecin américain qui insiste sur son application dans les maladies de la femme.

Le Dr John Kellogg (*Medical News*, novembre) cherche à démontrer dans ce travail :

1° Que l'insuffisance du développement musculaire est un facteur important dans l'étiologie d'un grand nombre de maladies pelviennes chez les femmes dans les nations civilisées ;

2° Que le costume en usage est une cause de l'insuffisance et de l'asymétrie du développement musculaire ;

3° Que ce même costume est une cause de troubles du côté des fonctions de l'utérus et de ses annexes ;

4° Que l'exercice gradué et qu'un habillement qui permet l'usage libre des mouvements du corps ont une grande importance dans la prophylaxie des maladies pelviennes.

Les déviations, les flexions, les inflammations chroniques de l'utérus et de ses annexes sont rares chez les femmes du peuple en dehors

de celles qui surviennent à l'occasion d'une grossesse et par suite du manque de soins pendant la période des couches. Dans tous les cas les désordres mécaniques sont supportés sans aucun trouble fonctionnel. La sobriété, la vie au grand air peuvent revendiquer une part dans ces résultats. Mais c'est surtout à la bonne complexion du système musculaire qu'il faut les attribuer, car c'est d'elle que dépend le maintien de l'utérus et de ses annexes dans leurs rapports normaux. On peut d'ailleurs en dire autant des autres viscères abdominaux. L'auteur démontre la connexité de tous les muscles lisses ou striés qui sont en rapport avec l'utérus et ses annexes, ainsi que leur action synergique pendant les mouvements et les efforts. Si le système musculaire est peu développé, les ligaments utérins ne peuvent jouer leur rôle, pas plus que le plan musculaire du petit bassin. La gêne apportée à la liberté des mouvements respiratoires par les vêtements, par le corset surtout, modifie le rythme respiratoire et les mouvements annexes du côté du plancher du bassin, et change les conditions de la circulation pelvienne aux dépens des organes pelviens. Ceux-ci présentent des désordres mécaniques comme les autres viscères abdominaux ; tout est changé dans la statique abdominale, suivant l'expression de Trastour. Pour rétablir les choses dans l'état normal, rendre aux muscles pelviens la force dont ils ont besoin pour remplir leur rôle, l'auteur recommande des exercices variés de gymnastique, s'efforçant de mettre en activité les différents groupes musculaires, mais principalement les muscles de l'abdomen et du bassin. A ces exercices on peut ajouter le massage et la gymnastique suédoise. Des mesures dynamométriques montrent que la patiente gagne des deux tiers en force musculaire au bout de deux mois et de la moitié ou plus au bout de quatre mois.

Dans quelques cas exceptionnels la force récupérée a été égale à deux fois, quatre fois et sept fois la force primitive.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

***

19. — Traitement de la colite glaireuse. (Bouveret.) — La colite glaireuse étant une des complications les plus fréquentes des affections utérines, il importe pour les gynécologistes de connaître les divers modes de traitement qui lui sont applicables.

M. Bouveret rapporte avoir vainement employé, dans le cas de co-

lite glaireuse, les divers lavements préconisés tels que lavements de bromures, de térébenthine, de nitrate d'argent. De tous les lavements médicamenteux, celui qui lui a le mieux réussi est un lavement de 400 à 500 grammes d'eau tiède contenant 4 à 6 grammes de chlorate de potasse. Ce lavement doit être pris, la patiente étant au lit, le matin après l'évacuation spontanée ou provoquée des matières assimilées dans le gros intestin ; il est gardé le plus longtemps possible, une demi-heure à une heure au moins. On en répète l'usage par série de cinq ou six jours, particulièrement après les crises, quelquefois fébriles et douloureuses, au milieu desquelles sont éliminées les masses glaireuses. M. Bouveret a vu, dans un cas récent, ce traitement prolongé pendant plusieurs mois, amener une guérison à peu près complète.

***

20. — Gouttes contre l'incontinence nocturne et diurne d'urine chez les enfants. (M. W. Watson).

Sulfate neutre d'atropine.....	5 centigr.
Eau distillée.....	25 gramm.

Mêler. — Administrer deux fois par jour, à quatre et à sept heures du soir, chaque fois autant de gouttes que l'enfant compte d'années.

FORMULAIRE

—

Traitement médical de l'endocervicite catarrhale (Formulaire n° 4) Topiques. (Jules Chéron.)

La solution normale de perchlorure de fer est employée par un grand nombre de gynécologistes comme caustique antiseptique après curettage de la cavité utérine; elle est beaucoup moins employée comme topique modificateur dans le traitement de l'endométrite cervicale; elle a cependant des avantages qu'on peut résumer ainsi : 1° une action antiseptique suffisante dans la majorité des cas; 2° une action astringente plutôt que caustique, ce qui permet d'en renouveler l'usage aussi longtemps qu'il est nécessaire sans produire de sténose.

Très supérieure au perchlorure de fer comme antiseptique, la teinture d'iode désinfecte rapidement le canal cervical, dans le cas d'infection puerpérale, aussi bien que dans les cas de blennorrhagie, et par suite modifie en peu de temps la nature de l'écoulement qui de purulent devient muqueux après quelques pansements. Il faut dire cependant que les applications iodées sont parfois douloureuses et que, si on les répète trop fréquemment, il en peut résulter une sténose de l'orifice externe, surtout chez les nullipares. C'est pourquoi je limite son emploi aux catarrhes purulents, et je cesse de m'en servir dès que la sécrétion est devenue muqueuse.

L'acide picrique, dont j'ai démontré les propriétés antiseptiques au Congrès de Bruxelles, a l'avantage d'être à la fois analgésique et cicatrisant. En injection, la solution aqueuse d'acide picrique permet de laver parfaitement le canal cervical et de le débarrasser des mucosités qui y adhèrent ; après quoi on fait un badigeonnage du canal avec la même solution ou avec un des topiques dont nous venons de parler. Lorsqu'il y a de la sensibilité du canal cervical, lorsque les sécrétions sont simplement muqueuses, l'acide picrique est le topique modificateur auquel il convient de donner la préférence. Son emploi même prolongé n'est jamais suivi de sténose de l'orifice externe.

Chez les malades atteintes de catarrhe purulent chez lesquelles la teinture d'iode détermine des coliques plus ou moins fortes, on peut utilement avoir recours à la résorcine à 20 ou à 40 %; la résorcine en effet a une grande valeur antiseptique lorsqu'elle est employée en solution suffisamment concentrée ; elle n'est pas douloureuse.

En résumé, la solution picriquée sera employée pour laver le canal cervical et pourra suffire dans les catarrhes muqueux ; le perchlorure de fer a les mêmes indications que l'acide picrique. La teinture d'iode ou la résorcine en solution concentrée sont préférables dans les catarrhes purulents; les badigeonnages à la résorcine peuvent être répétés aussi souvent qu'on le désire, mais il ne faut pas renouveler fréquemment les applications de teinture d'iode, surtout chez les nullipares.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

VALEUR ANTISEPTIQUE DE LA TEINTURE D'IODE EN GYNÉCOLOGIE.

Depuis longtemps les gynécologistes ont reconnu les bons effets de la teinture d'iode appliquée soit en badigeonnages dans la vaginite chronique, dans les ectropions du canal cervical, dans l'endocervicite, soit en injections dans l'endométrite de la cavité utérine. Dès 1863, Savage vantait les bons résultats obtenus par les injections iodées intra-utérines dans les fibromes hémorrhagiques, ce que nous comprenons bien maintenant que nous connaissons la fréquence de l'endométrite comme complication des tumeurs fibreuses et que nous savons rattacher les hémorrhagies soi-disant symptomatiques de ces tumeurs à l'endométrite concomitante.

La teinture d'iode étant d'un emploi journalier dans le traitement des infections vagino-utérines, il est utile d'être fixé sur la valeur antiseptique de ce médicament. C'est pourquoi nous croyons bon de citer les plus récentes expériences faites sur ce sujet et dont nous trouvons le résumé dans la thèse de Mlle Mendelssohn (1).

Après avoir rappelé l'opinion de Réveil (1863), de Davaine qui regarde l'iode comme le plus puissant des antiseptiques, de Miquel (1873) qui classe l'iode parmi les antiseptiques puissants,

(1) Contribution à l'emploi de l'iode en obstétrique. Th. de Paris 1890.

de Johanowski (de Prague) 1888), de Jerrykowski (1882), etc., auxquels il faudrait ajouter presque tous les gynécologistes contemporains si l'on voulait être complet, Mlle Mendelssohn résume ainsi les dernières expériences de MM. Tarnier et Vignal publiées dans les *Archives de médecine expérimentale* en juillet 1890. Ces auteurs dans leur mémoire ont eu pour but de connaître expérimentalement le temps nécessaire pour tuer à l'aide de divers antiseptiques les trois micro-organismes qui amènent le plus souvent l'infection chez les femmes en couches, le streptocoque pyogenes, le staphylocoque pyogenes aureus et le vibrion septique. Leurs recherches n'ont porté que sur les deux premiers micro-organismes.

« Dans une première série d'expériences, ces auteurs ont vu qu'il fallait 0 gr. 90 d'iode dissous dans l'eau avec le double de son poids d'iodure de potassium pour arrêter tout développement du streptocoque dans un litre de bouillon préalablement stérilisé. Il n'a fallu au contraire que 0 gr. 015 de bichlorure de mercure ou 0 gr. 045 de biiodure de mercure pour obtenir le même résultat.

Dans une deuxième série d'expériences ils ont vu que pour tuer le staphylocoque et le streptocoque dans un litre de bouillon nutritif, il était nécessaire d'y ajouter 1 gramme à 1 gramme 20 d'iode dissous dans l'eau avec le double de son poids d'iodure de potassium ; 0 gr. 15 de bichlorure de mercure, 0 gr. 15 de biiodure de mercure, 0 gr. 25 de sulfate de cuivre ou 3 gr. 25 d'acide phénique permettaient d'obtenir le même résultat.

Dans la troisième série d'expériences instituées pour savoir quel était le temps nécessaire à une solution donnée d'un antiseptique mis en contact avec le streptocoque et le staphylocoque pour les tuer d'une façon absolue, on a trouvé qu'il fallait 8 minutes pour obtenir ce résultat avec une solution contenant pour 1000 d'eau, 3 grammes d'iode et 6 grammes d'iodure de potassium. Dès que l'on abaissait le taux de cet antiseptique à 2 et 1 gramme, le temps nécessaire était de 15 minutes à plus de 60 minutes. L'iode n'occupe que le troisième rang après le bichlo-

rure et le biiodure de mercure, comme valeur antiseptique, d'après ces expériences.

Dans la quatrième série d'expériences, les auteurs ont tenté de se rendre compte du temps *strictement* nécessaire pour tuer le streptocoque, et le staphylocoque avec une substance antiseptique, mais en variant la façon de procéder. Tandis que dans la troisième série d'expériences ces auteurs se servaient de fils de soie non tordus imbibés d'une culture dans le bouillon, puis séchés dans les tubes stérilisés et suspendus enfin dans les solutions antiseptiques dont on voulait fixer le pouvoir microbicide, ici ils ont essayé de se rapprocher le plus possible de la clinique où les microbes sont placés, non à la surface d'un corps imperméable, mais logés au contraire dans des anfractuosités, en logeant les micro-organismes dans de la flanelle bien feutrée. Des fragments de flanelle, dont on avait enlevé l'apprêt, furent séchés et stérilisés complètement, puis placés dans le fond d'un cristallisoir et arrosés avec une très riche culture de streptocoque pyogenes âgée de trois jours, et cela à deux reprises. Des fragments de flanelle mesurant un centimètre carré furent alors détachés avec des ciseaux flambés et fixés à un crochet de platine ou de verre, puis plongés dans des solutions antiseptiques maintenues à une température de 36 à 38° et fréquemment agitées dans ces solutions.

Au sortir de la solution antiseptique, ils furent lavés soigneusement dans plusieurs litres d'eau stérilisée. Ces expériences ont démontré que pour tuer le streptocoque ou le staphylocoque d'une façon absolue, il était nécessaire d'un séjour de 8 minutes dans une solution contenant 3 grammes d'iode et 6 grammes d'iodure de potassium pour 1,000 d'eau. L'iode comme valeur antiseptique vient après le bichlorure et le biiodure de mercure, et précède l'acide phénique, le permanganate de potasse, le sulfate de cuivre, etc., etc. Dans les 3 autres séries d'expériences où on s'est efforcé de se rapprocher autant que possible des conditions que l'on trouve dans l'économie en rendant les bouillons albumineux, l'iode dans les mêmes proportions a occupé le même rang dans la série des antiseptiques. »

Il résulte de ces expériences que l'iode est un antiseptique puissant vis-à-vis des micro-organismes qui interviennent dans l'infection puerpérale. Aussi, étant donné la fréquence des infections puerpérales atténuées comme cause des métrites, endométrites et salpingites que les gynécologistes ont à traiter, se rend-on bien compte des succès obtenus depuis longtemps par les applications iodées dans les affections vagino-utérines. Il resterait à savoir quelle est la valeur de l'iode dans les infections blennorrhagiques, mais, à défaut d'expériences de laboratoire, nous pouvons dire qu'il n'existe pas de meilleur moyen de guérison des vaginites gonorrhéiques chroniques que les badigeonnages répétés du vagin avec la teinture d'iode. A Saint-Lazare, après avoir essayé tous les autres modes de pansement, notre savant maître, M. le Dr Chéron, est revenu à ces badigeonnages iodés qu'on serait tenté de considérer comme une méthode de traitement surannée et qui sont en réalité la méthode la plus efficace.

Tout n'était pas mauvais dans la pratique des anciens gynécologistes ; où ils disaient cautérisation nous disons antisepsie. Qu'importe, si les malades guérissent ?

J. B.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

par les voies naturelles,

Par le Dr Jules Chéron, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

I. — *Endométrite cervicale et ectropion en voie d'évolution.*

On a remarqué depuis longtemps qu'il était beaucoup plus difficile de guérir l'endo-cervicite chez les nullipares sténosées que chez les multipares à col largement déchiré. Cela tient évidemment, à ce que, dans le premier cas, les sécrétions

catarrhales sont retenues dans le canal cervical, s'y concrètent, s'y accumulent et, par leur contact permanent, empêchent les lésions de la muqueuse de guérir, comme toute plaie qui n'est pas suffisamment débarrassée de ses produits de sécrétion.

La muqueuse de la cavité du col utérin dont la surface irrégulière, dans les cas d'endocervicite (où les piliers de l'arbre-de-vie sont hypertrophiés ainsi que les plis secondaires et leurs nombreuses subdivisions), a été judicieusement comparée à la surface des amygdales enflammées avec les cryptes amygdaliennes remplies de pus. On comprend avec quelle facilité les sécrétions peuvent se concréter dans ces anfractuosités profondes, et par suite combien on a de peine à nettoyer complètement le canal cervical. Or, il est certain que les topiques modificateurs ou caustiques ne produisent un effet utile que lorsqu'ils sont appliqués sur une surface non recouverte de sécrétions qui peuvent neutraliser leur action, ou même qui représentent un véritable enduit protecteur. On sait également que la dilatation artificielle du canal cervical joue un rôle très important dans le traitement des endométrites, non seulement en permettant l'excrétion plus facile des sécrétions utérines, mais surtout en séparant les deux faces de la muqueuse qui, lorsqu'elles arrivent au contact, éveillent de nombreux réflexes morbides du côté d'organes éloignés. La dilatation artificielle produit aussi d'autres résultats, et si elle empêche la production des réflexes morbides sur divers organes tels que l'estomac, le foie, le larynx, etc., elle détermine d'un autre côté des actions réflexes locales dont la plus importante est la contraction des capillaires utéro-ovariens, d'où résulte une décongestion manifeste du parenchyme et de la muqueuse de l'utérus. Il n'est pas douteux non plus que la dilatation ait une action à distance, par l'intermédiaire des ganglions nerveux sous-muqueux de Frankenhauser et du sympathique abdominal, sur la circulation médullaire et qu'elle modifie, dans une certaine mesure, l'irritation spinale localisée dont la persistance éternise l'évolution morbide de

la muqueuse du canal cervical dont l'endocervicite est le premier terme (1).

Pour toutes ces raisons le drainage utérin ne peut que rendre des services dans l'affection qui nous occupe, lui qui fluidifie les sécrétions parfois si tenaces et si adhérentes du canal cervical, qui en permet l'issue facile et qui nettoie continuellement la muqueuse altérée, lui qui, d'autre part, représente une sorte de dilatation permanente, séparant les deux faces du canal et les empêchant de s'appliquer l'une contre l'autre, et par suite met un terme à de nombreux réflexes pathologiques. Par son action continue, il agit mieux encore que la dilatation répétée sur l'irritation spinale. Enfin, lorsque le drain est d'un volume convenable, il n'empêche nullement de porter sur la muqueuse cervicale, les topiques modificateurs auxquels le médecin croit utile de recourir ; et pour cela on peut se servir soit d'une seringue à injections intra-utérines, soit de l'applicateur de Playfair garni d'ouate imbibée du liquide choisi.

On a longtemps considéré les ulcérations du col comme nées sur place et consistant dans une simple desquamation épithéliale ou une destruction plus profonde de la muqueuse qui recouvre les lèvres du museau de tanche. J'ai, depuis 1879, réagi contre cette erreur alors très répandue en France et montré que ces pseudo-ulcérations ne sont ordinairement que l'étalement, sur les lèvres du col, avec le méat cervical comme centre, de la muqueuse du canal altérée dans la profondeur. Lorsqu'on guérit à temps l'endo-cervicite on ne voit pas survenir d'ectropion du col.

Or, il n'est pas rare d'observer des évolutions morbides de la muqueuse du canal localisées à l'une des faces de ce conduit et souvent ce n'est que beaucoup plus tard que la face opposée s'altère à son tour. Il en résulte que le drainage de la cavité utérine, sans avoir une action directe sur l'ectropion

(1) Voir mes leçons sur l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1887 et 1888.

ancien, peut empêcher un nouvel ectropion d'apparaître sur la lèvre du col jusque là respectée.

Mais ce n'est pas tout ; lorsque l'irritation spinale persiste on peut voir une série d'ectropions se faire par poussées successives et se superposer les uns sur les autres. Je ne puis ici développer ce sujet que je traiterai longuement dans un autre travail auquel j'ai déjà fait allusion, mais je puis indiquer le fait et y voir une indication nouvelle de drainage agissant comme modificateur de l'irritation spinale localisée en même temps que comme modificateur de la muqueuse du canal cervical.

J'ai soumis au drainage neuf cas de catarrhe cervical sans ectropion et six cas d'endométrite cervicale avec ectropion en voie d'évolution. Chez les malades de ce genre, l'isthme est fermé, aussi la dilatation préalable est-elle ordinairement indispensable pour placer le drain. A part cela, le manuel opératoire est le même que dans l'endométrite du corps de l'utérus et les précautions à prendre, sur lesquelles je n'ai pas à revenir, sont identiques. C'est au drain en anse qu'il faut accorder la préférence, puisqu'il n'y a aucun intérêt à irriter d'une façon active la muqueuse de la cavité du corps, muqueuse que nous supposons normale. Je dois dire, dès à présent, que les résultats obtenus, sans cesser d'être bons, sont moins complètement satisfaisants que dans les états morbides passés en revue jusqu'ici. Lorsque le catarrhe cervical est lié à une congestion intense de l'appareil utéro-ovarien, sans qu'il y ait encore de lésions avancées de la muqueuse qui tapisse la cavité du col la guérison est rapide, ainsi que je l'ai observé chez trois de mes malades (Observations LXIII, LXIV, LXV). Mais lorsque la congestion ne joue qu'un rôle secondaire, lorsqu'il existe une hyperplasie glandulaire d'ancienne date, le drainage est insuffisant à ramener, par lui seul, la *restitutio ad integrum* et il est nécessaire de lui associer l'application de topiques modificateurs.

De même pour les ectropions, le drain ne peut les faire

disparaître, mais il en empêche l'extension et il constitue un procédé rationnel de traitement préparatoire à leur excision ou à leur destruction par l'ignipuncture profonde.

Observation LXIII.

Catarrhe cervical et congestion utérine. Drainage. Guérison.

Joséphine C..., 25 ans, entrée dans mon service de Saint-Lazare, le 20 janvier 1887, pour des syphilides secondaires de la vulve, est atteinte depuis plusieurs mois de pertes blanches abondantes, empesant le linge.

Réglée à 13 ans, déflorée à 18 ans. Règles toujours régulières, durant 4 jours, sans douleurs et peu abondantes.

Ni enfants, ni fausses couches.

Depuis quatre mois, douleurs de reins, sensations de cuisson dans le ventre, envies fréquentes d'uriner sans douleur pendant la miction, pertes blanches.

L'examen par le palper est négatif; au toucher, col mollasse, un peu gros, pas de sténose de l'orifice externe, rien d'anormal dans les culs-de-sac, utérus mobile, en position normale. Au spéculum, coloration violacée de toute la surface du museau de tanche, sans ectropion ni syphilides; une mèche de mucus blanchâtre, très adhésente, sort du méat cervical. Au cathétérisme, canal cervical irrégulier et boursouflé, isthme fermé, cavité utérine petite et normale ; longueur totale 6 cent. et demi.

Diagnostic. Catarrhe cervical lié à une congestion utérine; endométrite légère.

Pendant huit jours, on se contente d'ordonner à la malade des injections vaginales chaudes contenant une cuillerée à bouche de coaltar saponiné par litre d'eau ; on applique deux pansements glycérinés sur le col après la dilatation du canal cervical.

Le 1er février, après avoir nettoyé la cavité du col par un lavage avec l'acide picrique et après avoir dilaté le canal cervical avec un dilatateur métallique à deux branches, je place un drain en anse. Pansement glycériné.

La malade garde le repos au lit pendant quatre jours et se ressent à peine de la présence du drain. L'écoulement leucorrhéique augmente un peu pendant la première semaine, mais il est plus fluide

qu'auparavant et ne s'attache pas aussi solidement à la muqueuse cervicale. Les injections vaginales et les pansements sont continués.

le 10 février, la malade a ses règles sans douleurs ; elles durent quatre jours et ne sont ni plus ni moins abondantes qu'aux époques précédentes.

Le 15 février, le col est très décongestionné dans sa moitié périphérique, le catarrhe est peu marqué, les douleurs de reins et les cuissons au niveau de la matrice ont à peu près disparu. Même traitement.

Le 25 février, col rosé sur sa surface, le drain commence à sortir de l'orifice externe. L'écoulement est presque nul.

Le 29 février, la malade expulse le drain pendant la nuit, sans s'en apercevoir ; c'est seulement le lendemain matin qu'elle constate le fait en prenant son injection. Examinée à ce moment, on trouve le col normal et le canal cervical régulier et non sensible au cathétérisme.

La malade peut être considérée comme guérie de son catarrhe cervical. Elle reste en traitement pour sa syphilis.

Observations LXIV et LXV. — *Catarrhe cervical et congestion utérine. Drainage. Guérison.*

Ces observations ressemblent beaucoup à la précédente. Les deux malades étaient nullipares ; chez elles le drainage fut associé aux injections vaginales chaudes et aux pansements glycérinés ; la première mit 35 jours et la seconde 41 jours à expulser son drain. La décongestion de l'utérus fut complète au bout de ce temps ; les pertes blanches, après avoir augmenté pendant une semaine environ, furent plus fluides et moins abondantes pour diminuer peu à peu jusqu'à devenir presque nulles lorsque le drain tomba spontanément. Les règles qui suivirent l'application du drain ne furent pas douloureuses et ne présentèrent aucun phénomène à noter. En même temps que la leucorrhée disparaissait les douleurs de reins, les sensations de pesanteur et de brûlure au niveau des organes génitaux internes et les envies fréquentes d'uriner s'amendaient également. La guérison fut donc rapide et complète comme dans l'observation LXIII.

Dans les six cas suivants (obs. LXVI à LXXI) les lésions du canal cervical étaient un peu plus anciennes et il existait des valvules qui pouvaient faire craindre l'apparition rapide d'un ectropion sur les lèvres du col, aussi la thérapeutique dut-elle être plus complexe.

Dans trois cas, je dus pratiquer des dilatations répétées cinq ou six fois avant d'introduire le drain que je n'aurais pu placer sans cette précaution ; non seulement je fis faire à la malade des injections vaginales chaudes deux fois par jour et je recourus aux pansements glycérinés, mais encore je crus nécessaire de faire dans le canal cervical, deux à trois fois par semaine, des injections de résorcine ou d'acide picrique en solution ; ces injections ne présentèrent aucune difficulté, elles furent faites avec une petite seringue de Braun que j'engageais entre le drain et l'une des parois latérales de la cavité du col. A part cette légère modification tout se passa comme dans l'observation LXIII que j'ai rapportée en détail. La guérison fut complète après l'expulsion du drain, qui eut lieu entre le quarantième et le soixantième jour qui suivit son application.

Le même succès, c'est-à-dire, la guérison complète, ne pouvait être espérée, par le drainage seul tout au moins, chez les quatre autres malades dont je trouve les observations dans mes notes (observations LXXII à LXXVII) ; dans les cas dont je parle il existait un ou deux ectropions anciens, et tout ce que je pouvais espérer, c'était la guérison de l'endométrite et l'arrêt de l'évolution des ectropions me mettant dans de bonnes conditions pour obtenir un succès durable par l'excision de ces derniers. Je vais transcrire ici l'une de ces observations seulement, car elles sont presque identiques les unes aux autres.

Observation LXXII. — *Endométrite cervicale avec double ectropion par prolapsus. Drainage. Plus tard, excision des deux ectropions au moyen du galvano-cautère. Guérison.*

Juliette C... est envoyée dans mon service de Saint-Lazare, pour une métrite blennorrhagique.

Réglée à 13 ans, déflorée à 16 ans, elle est habituellement bien réglée, sans douleurs, pendant 4 jours chaque mois ; les pertes sont normales comme abondance. Ni enfants ni fausses couches. Aurait été soignée à la consultation de Lourcine, il y a un an, pour une uréthrite et une vaginite blennorrhagiques. Depuis cette époque, elle a des pertes blanches abondantes, de vives douleurs au niveau de la région lombo-sacrée et dans le bas-ventre ; les règles sont précédées pendant deux jours de coliques assez intenses pour arracher des cris à la malade qui, pendant toute la durée des règles, est obligée de garder le repos au lit.

Constipation, perte de l'appetit, nausées fréquentes surtout le matin. Essoufflement et palpitations pendant la marche un peu rapide.

A l'examen : ventre souple ; pas de tumeur ; douleur à la pression au niveau des apophyses transverses des dernières vertèbres lombaires. Toucher : utérus mobile, en position normale ; culs-de-sac libres ; col cylindrique un peu volumineux pour une nullipare, orifice externe non déchiré ; à son pourtour et, sur les deux lèvres, on sent une surface mollasse et glissant sur un fond plus résistant (ectropion). Spéculum : pas de vaginite, orifice externe de volume normal, ectropion granuleux, rouge, peu saillant, sur lequel se voient encore les plis principaux de l'arbre-de-vie, étendu sur les deux lèvres du col et formant, dans son ensemble, une surface large comme une pièce de 1 franc. Cathétérisme : Canal cervical boursouflé, saignant ; orifice interne fermé ; cavité utérine saine ; longueur totale : 6 centimètres et demi.

Diagnostic : Endométrite cervicale probablement blennorrhagique, avec double ectropion par prolapsus. Névralgie lombo-abdominale. Troubles digestifs réflexes.

Le traitement préparatoire consiste en frictions sédatives sur la région lombo-sacrée, en injections vaginales au coaltar, en dilatations du canal cervical et en applications sur le col des pansements glycérinés.

Au bout de 15 jours, la malade a ses règles qui sont beaucoup moins douloureuses qu'aux dernières époques. Huit jours après la fin de l'écoulement, après une dernière dilatation, j'applique un drain en anse muni d'un plateau. Pansement glycériné.

Pas de douleurs, la malade ne garde que très imparfaitement le

repos au lit que je lui ai ordonné. Ecoulement muco-purulent toujours abondant.

On continue les frictions, les injections vaginales et les pansements glycérinés, mais on ne fait aucun attouchement des ectropions pour étudier les modifications que le drainage pourrait entraîner de ce côté.

A l'époque habituelle, les règles reviennent et durent quatre jours sans la moindre douleur. A leur suite, l'écoulement muco-purulent diminue peu à peu ; le drain commence à sortir de l'orifice externe. La malade se sent très bien et ne prend aucune précaution de repos. Vu l'absence de toute complication péri-utérine, on la laisse aller et venir dans la salle, faire son lit, etc. Le même traitement est continué. Les ectropions paraissent de plus en plus rouges et de plus en plus saillants, par suite de la décoloration des lèvres du col à leur pourtour, mais en réalité, ils n'ont pas augmenté de diamètre car leur surface reste égale à celle d'une pièce de un franc. Leur état est donc seulement stationnaire.

La leucorrhée est à peu près nulle lorsque les époques viennent pour la seconde fois depuis le drainage ; à ce moment la malade perd son drain ; les règles se passent sans encombre.

Deux jours après nous trouvons l'utérus toujours mobile et les culs-de-sac très dépressibles : les ectropions n'ont pas été modifiés, mais le canal cervical est régulier, non boursouflé, non obstrué par une mèche purulente comme avant le drainage et la muqueuse ne saigne plus et n'est pas douloureuse comme au premier examen. Pansement glycériné.

La semaine suivante, j'excisai les deux ectropions avec le galvanocautère rougi par mes accumulateurs. Pansement à la gaze iodoformée. Repos au lit pendant 4 jours.

Les suites furent normales et un mois après cette opération, les eschares étant tombées sans hémorrhagie vers le douzième jour, la réparation s'étant faite rapidement, la malade sortait du service complètement guérie.

J. — *Opérations de sténose et d'atrésie du canal cervical et de l'orifice externe du col.*

Les sténoses du canal et surtout celles de son orifice exter-

ne, les plus fréquentes de toutes, sont la cause la plus habituelle de la dysménorrhée ; elles entraînent presque toujours avec elles une stérilité à peu près absolue. Aussi, de tout temps, les gynécologistes ont-ils apporté la plus grande attention à cet état morbide. Mais ce n'est pas tout ; lorsque la muqueuse cervico-utérine est le siège d'une lésion inflammatoire, la sténose de l'orifice externe est une des conditions les plus fâcheuses qui puissent exister, et, pour toutes les raisons que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'énumérer dans ce travail, elle est l'obstacle le plus sérieux à la guérison (1).

Si la sténose du méat ou du canal cervical est facilement dilatable nous possédons des instruments qui permettent d'obtenir une dilatation suffisante en peu de temps, mais l'opération doit être souvent renouvelée, car, dans la majorité des cas, le canal cervical ne tarde pas à revenir sur lui-même et l'étroitesse primitive est bientôt reconstituée.

Dans d'autres circonstances, le col allongé et conique présente un orifice très petit, en forme de trou d'aiguille et les dilatateurs ne peuvent pas être introduits dans la cavité du col ; celui-ci est du reste d'une consistance ligneuse et résiste à la dilatation, qui éveille les plus vives douleurs sans produire aucun résultat. J'ai souvent noté cette particularité chez des personnes stériles et dysménorrhéiques chez lesquelles la forme conique et l'état punctué de l'orifice externe du col étaient congénitaux. On l'observe aussi, quoique plus rarement, lorsque la sténose est due à des cautérisations intempestives ou résulte des lésions traumatiques de l'accouchement, d'inflammations adhésives de nature puerpérale ou de violences quelconques.

A la suite d'atrésies congénitales ou acquises, lorsqu'on a rétabli la perméabilité du canal cervico-utérin, une sténose se produit fréquemment si l'on ne prend certaines précautions.

Dans ces divers états, le débridement du col s'impose, mais là encore les difficultés ne sont pas faciles à surmonter.

(1) Voir Jules Chéron. Traitement de l'endométrite cervicale. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, février 1888.

On tend actuellement à renoncer aux incisions bilatérales simples avec les ciseaux ou avec divers hystérotomes ; au bout de quelques semaines ou de quelques mois, on retrouvait le col aussi sténosé qu'avant l'opération. Le fait est si constant qu'ayant eu plusieurs fois l'occasion de sectionner complètement les deux lèvres du col, jusqu'aux insertions vaginales pour enlever des fibromes du col, exciser la muqueuse du canal cervical ou dans tout autre but, je n'ai jamais cru nécessaire de suturer les parties sectionnées, la réunion se faisait spontanément avec une grande rapidité.

Malgré les insuccès notés par quelques auteurs, j'ai constamment réussi avec la dilatation galvano-caustique chimique, mais il est nécessaire de dire que ce procédé demande beaucoup de temps et exige un assez grand nombre de séances avant d'obtenir une large béance des orifices et du canal cervical. Aussi je n'emploie ce moyen que chez des malades pusillanimes et surtout lorsque l'orifice interne et la cavité même du col sont très rétrécis ; j'ai eu récemment l'occasion de voir un de ces faits exceptionnels où toute la cavité du col, y compris l'orifice interne, était presque complètement oblitérée, ce qui était survenu à la suite de cautérisations répétées avec le crayon de nitrate d'argent.

La difficulté qu'on éprouve à maintenir la béance de l'orifice externe a suscité un grand nombre de procédés opératoires. Le meilleur de ces procédés est sans contredit l'excision à lambeaux coniques de Schroeder (1), mais il a le défaut de tous les procédés dans lesquels la suture est indispensable ; il nécessite l'abaissement de l'utérus à la vulve, aussi a-t-il causé, entre les mains même de l'inventeur, quelques inflammations périmétriques franches et a-t-il produit « nombre d'exacerbations de phlogoses péri ou paramétriques anciennes ».

J'espère que, grâce au drainage, il ne sera plus nécessaire de faire des opérations aussi compliquées, aussi je ne rappellerai que pour mémoire les méthodes autoplastiques de Courty

(1) Schroeder : Maladies des organes génitaux de la femme, trad. de Lauwers et Hertoghe. Bruxelles, 1886, p. 75.

et de Simon, de Heidelberg (1), toutes inférieures à celle de Schrœder que je viens de citer.

Voici comment je procède :

Le col ayant été mis à nu à l'aide de mon spéculum à crémaillère et à valves inégales, que je transforme en spéculum plein en plaçant entre ses deux valves une carte de visite roulée en cylindre, je fais une irrigation phéniquée froide sur le col. Si l'orifice externe est très étroit, je commence à l'élargir au moyen de la flèche fine du galvano-cautère, de façon à me permettre d'introduire facilement la serpette du galvano-cautère jusqu'à l'orifice interne.

Lorsque cet instrument peut passer, je le porte à froid, jusqu'à l'isthme, sa pointe directement en dehors, suivant un des bords latéraux ; à ce moment la serpette est rougie au moyen des accumulateurs, je la fais mordre légèrement dans la profondeur, attaquant de plus en plus profondément les tissus du col à mesure que je me rapproche de l'orifice externe qui, du même coup, doit être incisé de 5 millimètres à un centimètre de largeur. Après une nouvelle irrigation phéniquée destinée à calmer la sensation de brûlure éprouvée par la malade et à empêcher toute réaction locale, je réintroduis la serpette dans la première incision pour en augmenter la profondeur surtout vers la surface libre du col, mais ici l'incision doit être recourbée légèrement en haut et en dehors de façon que l'orifice artificiel ait une forme semi-lunaire à concavité antérieure. Irrigation comme ci-dessus. On renouvelle la même manœuvre pour l'autre bord latéral en prenant les mêmes précautions.

Saisissant alors, avec une pince tire-balle, la partie de la lèvre antérieure qui fait éperon, j'excise, avec le couteau galvanique, un lambeau conique à base périphérique et dont le sommet pénètre plus ou moins haut suivant la longueur du canal cervical. J'excise de la même façon un lambeau conique plus petit sur la lèvre postérieure et j'obtiens finalement un

(1) Voir Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus, 3e édition, Paris, 1881, p. 213.

orifice en entonnoir dont la base a, en moyenne, 2 centimètres et demi de diamètre.

Les soins consécutifs sont les mêmes qu'après toutes les opérations portant sur le col : pansements iodoformés et glycérinés, repos au lit, potion calmante, glace sur le ventre, etc. Au bout d'une huitaine de jours l'eschare tombe ; à partir de ce moment, on favorise la réparation en touchant, tous les jours, si cela est possible, les parties qui ont été mises à nu par la chute de l'eschare avec une solution concentrée de résorcine.

Une semaine plus tard, la réparation est déjà assez avancée pour que le contact d'un corps étranger ne réveille plus de douleurs vives. C'est à ce moment, qui varie du quinzième au vingtième jour après l'opération, suivant les cas, qu'il faut placer un drain dans le canal cervical ; je choisis pour cela les drains les plus volumineux, quelquefois j'en place deux côte à côte. On prend les précautions ordinaires. Au bout d'un mois habituellement on peut retirer les drains et on voit que l'orifice externe est largement resté béant et que le canal cervical a la forme en entonnoir la plus favorable à la sortie des sécrétions utérines et à la pénétration des spermatozoïdes.

C'est ainsi que j'ai opéré dans les 9 cas dont j'ai parlé dans ma statistique (Obs. LXXVIII à LXXXVI) avec un succès constant.

Deux de ces cas remontent déjà à deux ans et la sténose ne s'est pas reproduite ; les deux derniers datent de plus d'une année et les malades ne sont pas revenues me voir, ce qui me permet de supposer que la guérison s'est maintenue.

Ces neuf observations ont été prises dans ma clientèle ; je ne donnerai que les deux premières pour ne pas allonger inutilement ce mémoire.

(*A suivre.*)

RECHERCHES

sur l'influence de quelques traumatismes sur la gravidité,

Par le Dr E. Verrier.

—

1° *Kyste de l'ovaire.*

Obs. I. — A. B., 33 ans, déjà accouchée 2 fois.

Avortement au 3e mois d'une 3e grossesse nouvelle ; suppression de règles. Symptômes d'une péritonite. On diagnostique : Kyste de l'ovaire droit ayant déterminé une rétroflexion.

Par la ponction on ramène 745 grammes de liquide. Un mois après la malade entre à l'hôpital où l'on pratique l'ovariotomie.

Trois litres de liquides sont encore rendus, et l'on trouve deux tumeurs, savoir : 1° un kyste dermoïde ; 2° un utérus gravide. C'était le kyste dermoïde qui avait été pris pour l'utérus rétrofléchi. Il appartenait à l'ovaire gauche. On pratiqua la torsion du pédicule et l'extirpation.

Quant à la grossesse elle était de 4 mois.

Le chirurgien crut devoir enlever l'utérus par la méthode de Porro, mais il sectionna le fœtus en en laissant une partie dans le moignon, lequel fut expulsé spontanément quelques jours après.

Moins de deux mois ensuite la femme était totalement guérie.

(Mosetig Noortlofin : *Wien. med. Woch.*, n° 29, 1881, et Hayem t. XIX, 1882 p. 601.)

J'ajoute qu'il n'est pas certain que la guérison eût pu être obtenue si l'on n'avait pas enlevé l'utérus.

2° *Fibrômes utérins.*

Obs. II. — Femme de 23 ans, primipare, atteinte de métrorrhagies depuis deux mois avec phénomènes de compression menaçante en raison de plusieurs fibrômes insérés au fond de l'utérus.

Grossesse certaine de 4 à 5 mois.

L'opération fut pratiquée le 2 mars.

Incision sur la ligne blanche, ligature élastique du col. Amputation 6 centim. au-dessus ; fixation du moignon.

Guérison retardée par un abcès, mais définitive le 12 avril.

La masse des tumeurs pesait 3.350 gr. sans l'œuf (P. Harris, Etats-Unis). La même opération pratiquée par notre regretté collègue M. Wasseige, de Liége, a amené la mort (1880, 18 mars).

Réflexions personnelles. Lorsqu'il s'agit de tumeurs sous-séreuses, leur ablation peut avoir lieu sans compromettre l'issue de la grossesse, ainsi que le prouve l'opération pratiquée par Schrœder le 16 novembre 1879 sur une femme enceinte de 5 mois.

A la suite de ces opérations, l'abandon du pédicule dans la cavité abdominale constitue encore une pratique fort discutée qui influe certainement sur le résultat final.

A ce propos, Hayem (t. XVII, 1881, p. 607) rapporte l'histoire d'une jeune fille qui subit l'ovariotomie en avril 1880. La guérison se fit, mais il resta un petit trajet fistuleux.

3° *Conséquences d'une ovariotomie antérieure, dans un cas de dystocie.*

Obs. III. — Un an après l'opération la jeune fille dont il vient d'être question se maria, devint enceinte et dut être accouchée au forceps.

L'accouchement présenta de telles difficultés que la mort de la mère et de l'enfant s'en suivirent.

A l'autopsie on trouva l'utérus fixé à la cicatrice ancienne par un pédicule très court.

L'auteur pense que des contractions irrégulières de l'utérus ainsi fixé, ont été cause de la dystocie et déterminé le résultat fatal.

Réflexions. — Ne faut-il pas conclure de cette observation que dans les ovariotomies, le chirurgien, en vue de grossesse ultérieure, ferait mieux d'abandonner le pédicule dans la cavité abdominale que de le fixer à la plaie abdominale ?

Je soumets la question à nos éminents collègues, chirurgiens des hôpitaux.

4° *Cancers compliquant la grossesse. Excision infundibuliforme du col.*

Obs. IV. — Chez une femme enceinte de 3 ou 4 mois, Bidder reconnut l'existence d'un épithélioma de la lèvre antérieure du col.

Il fit l'excision de la partie malade, puis de la lèvre postérieure en infendibulum très accusé.

Dix jours après la cicatrisation était obtenue, mais l'avortement survint le 15e jour.

L'auteur ne croit pas dans ce cas à l'influence de l'opération en raison du temps passé entre cette opération et l'expulsion de l'œuf. (*Deutsch. med. Wochs.*, n° 16, p. 193, 1879.)

Réflexions. Il me semble, suivant mon humble avis, que c'est au contraire à l'opération qu'est dû l'avortement et que la grossesse eût évolué jusqu'à terme si Bidder n'était pas intervenu.

Colmstein, sur 4 cas semblables a eu deux accouchements à terme. Il est vrai que celui des deux autres qui fut suivi d'avortement le fut immédiatement ; mais cela n'est qu'une affaire de susceptibilité nerveuse personnelle.

5° *Disjonction des articulations du bassin constatée pendant l'accouchement dans un bassin cyphotique.*

Dans un bassin cyphotique dont le diamètre transverse du détroit inférieur n'avait que 6 centim. 5, Korsck pratiqua l'accouchement prématuré.

Pendant l'opération, il constata par le toucher rectal que la partie inférieure du sacrum et du coccyx était repoussée en arrière par la poche des eaux et par la tête.

Lorsque cette tête arriva au niveau des tubérosités ischiatiques, celles-ci s'écartèrent à 9 cent. 1/2 au lieu de 6 cent. 1/2 qui était leur première mesure. La rotation se fit.

Une attaque d'éclampsie survint, on fit une application de forceps et, après l'accouchement, on trouva les tubérosités de l'ischion revenues à 9 centim. Six heures après elles étaient à 7 1/2 et le diamètre antéro-postérieur à 8 1/2.

La femme mourut 18 heures après. *Autopsie.* Mobilité des trois

articulations surtout de la sacro-iliaque. On pouvait augmenter de 0,02 centim. le diamètre transversal. Le sacrum était mobile.

Il est probable que le début de cette disjonction remontait déjà à une certaine époque. (*Archiv. für Gynécol.*, Band XIX, Heft 3.)

Réflexions. — On ne saurait dire dans l'espèce si la mort est due au cas de dystocie, ou à l'éclampsie. Il paraît certain pourtant que la dystocie a été la cause occasionnelle de l'éclampsie. Mais ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est le retour graduel des os du bassin à leurs dimensions premières après l'accouchement effectué.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1891.

SUR SEPT CAS D'ENDOMÉTRITE TRAITÉS PAR LE CURAGE COMBINÉ A L'ÉCOUVILLONNAGE OU ASSOCIÉ A D'AUTRES OPÉRATIONS.

M. Le Dentu lit un rapport sur les observations envoyées par M. Para (de La Ferté-Alais). Il s'agit de 4 endométrites hémorrhagiques ; cinq des opérées ont été guéries et une d'elles est devenue enceinte.

M. Le Dentu est partisan du curage. Il se rallie à la pratique suivante : toujours faire la dilatation progressive, avec 48 heures au moins de laminaire, et quelquefois faire agir le dilatateur de Sims ; toujours anesthésier la malade, quoique cependant il ne conseille pas un curage brutal, car les manœuvres sont toujours complexes ; opérer lorsqu'il n'y a pas de phlegmasies péri-utérines aiguës et quand il n'y a pas de fièvre, sauf les cas de fièvre puerpérale provenant certainement de résorption utérine et où il faut au plus vite débarrasser l'utérus.

Les résultats du curage bien pratiqué, et au besoin renouvelé, sont excellents. La muqueuse peut se restituer à l'état normal : M. Lyot, chef de clinique de M. Le Dentu, l'a constaté à l'autop-

sie d'une femme curettée quelques mois auparavant par M. Trélat ; M. le Dentu a une observation semblable, sur une malade curettée par M. Bazy. Et, d'autre part, M. le Dentu connaît une malade qui a pu mener à bien une grossesse : les exemples de ce genre ne se comptent plus.

Au contraire M. Le Dentu est absolument l'adversaire de la cautérisation au chlorure de zinc, au moins par la méthode primitive de M. Dumontpallier. La cautérisation, en effet, donne des accidents incontestables, et les observations fâcheuses augmentent de jour en jour : les douleurs des premiers jours sont vives, et ultérieurement on observe souvent l'atrésie utérine, avec ses conséquences graves, aménorrhée douloureuse, hémato-salpingite. Les malades sont vouées à la dilatation à perpétuité, à moins qu'on ne se décide à leur pratiquer la castration : et encore cette castration n'est-elle pas toujours efficace pour amener la ménopause.

M. Le Dentu rappelle qu'il y a déjà 54 faits publiés, et il en ajoute 12 inédits, dont un personnel (où la cautérisation n'est pas de lui) et 11, communiqués par d'autres chirurgiens ; de ces 11, 5 proviennent de la pratique de M. Dumontpallier.

Une fois l'atrésie constituée, M. Le Dentu pense que pour la combattre l'électrolyse est la méthode de choix.

Comme conséquence de l'atrésie, si la malade devient enceinte (ce qui est rare après la cautérisation), on peut noter la dystocie, si bien que M. Fochier (de Lyon) a dû, dans ces conditions, recourir à la crâniotomie.

Donc, M. Le Dentu croit devoir protester contre la facilité avec laquelle on a adopté la méthode de M. Dumontpallier. Il ne sait même pas trop si les atténuations de M. Polaillon, de M. Thierry (de Rouen) sont suffisantes.

M. Polaillon. — M. le Dentu n'a pas d'expérience personnelle de la cautérisation. Peut-être cependant cela vaudrait-il mieux pour juger la méthode. On n'a pas d'accident si l'on pratique la cautérisation telle que je la recommande, c'est-à-dire avec un crayon de petit diamètre, sur un utérus dont la cavité est élargie et dont la muqueuse est épaissie et fongueuse, chez les femmes qui approchent de la ménopause. Dans ces conditions, la supériorité sur le curage est considérable, et j'ai guéri des femmes exsangues, qui n'auraient pas supporté l'anesthésie. Quand la muqueuse

est peu malade, le caustique franchit ses limites, et on observe les atrésies. Mais il ne faut pas nier les accidents du curage ; j'ai vu un fait d'atrésie après un curage fait par un chirurgien expérimenté. Ainsi je suis, selon les cas, partisan du curage ou de la cautérisation ; bien avant M. Le Dentu j'ai insisté sur les inconvénients de la cautérisation mal faite, et je crois que pour porter un jugement équitable il vaut mieux avoir une expérience personnelle des deux méthodes rivales.

M. Budin rapporte une observation d'aménorrhée définitive consécutive à la cautérisation.

M. Le Dentu. — C'est avant tout contre la méthode de M. Dumontpallier que je me suis élevé, j'ai eu soin de le déclarer et, à ce point de vue, je vois avec plaisir que je suis d'accord avec M. Polaillon. Mon expérience personnelle se réduit à avoir vu les méfaits de la cautérisation faite par d'autres chirurgiens ; j'aime mieux cela que d'être moi-même responsable de ces méfaits. Maintenant, la méthode atténuée de M. Polaillon vaut-elle mieux que le curage, même dans les cas spéciaux dont parle M. Polaillon ? Je l'ignore. Et ces endométrites fongueuses de la ménopause ne sont-elles pas souvent liées soit à des fibromes, soit à des épithéliomas de forme anormale ? C'est encore un point sur lequel je ferai des réserves.

(*La France méd.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Dans la séance du 8 janvier où il a été procédé à l'installation du bureau pour 1891, M. Dumontpallier, président sortant, a retracé dans le discours d'usage, les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler. Il cite notamment un travail très consciencieusement fait, par M. Porak, sur l'anesthésie appliquée à l'accouchement normal et un mémoire très étudié du même auteur, sur le rachitisme et l'achondroplasie chez le fœtus. Un autre travail de M. Olivier sur la présentation du siège, mode des fesses, et plusieurs observations d'insertion vicieuse du placenta de M. Loviot.

M. Verrier a appelé l'attention de la Société sur le rôle de l'hypnotisme dans l'accouchement et M. Lefour, de Bordeaux, rapportait, à ce sujet, l'observation d'une femme chez laquelle la

suggestion avait pu déterminer dans plusieurs grossesses successives, le début du travail, à la volonté de l'accoucheur.

M. Jouin a lu deux observations d'*utérus septus* et a cherché quelle pouvait être la part de cette anomalie sur la durée de l'endométrite. Enfin M. Schwartz a donné un rapport fort instructif sur le mémoire de M. Jacobs, de Bruxelles, intitulé : « Remarques cliniques et opératoires sur une série de 50 laparotomies pratiquées pour des affections utérines et péri-utérines, pour des kystes de l'ovaire, du para-ovarium et pour une tumeur intestinale. »

Tel est en peu de mots le bilan de l'année qui vient de s'écouler, M. Porak, secrétaire général de la Société, inaugure l'année 1891 par l'observation d'un prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col qui n'a pas mis obstacle à la fécondation. Mais l'avortement s'est produit au 4e mois et s'est compliqué d'une rétention placentaire pour laquelle il fut obligé de pratiquer la délivrance artificielle.

Une discussion à laquelle ont pris part MM. Pajot, Guéniot, Bar et Le Pileur a suivi la lecture de cette observation. De cette discussion ressort ce fait que l'allongement hypertrophique ne serait pas un obstacle à la fécondation et qu'en cas de stérilité chez des jeunes mariés, bien conformés, il faut chercher la cause de cette stérilité du côté du mari. Pourtant, M. Le Pileur, tout en admettant ces réserves, dit que souvent aussi la stérilité dépend de la femme sans qu'on puisse en trouver la cause à l'examen.

Beaucoup de ces femmes, en effet, ont des inflammations des trompes qui les rendent imperméables, d'où stérilité. Ce fait serait commun chez les prostituées chez lesquelles la salpingite est ordinairement la conséquence d'une blennorrhagie insuffisamment traitée.

M. Labusquière lit une observation d'ictère après un accouchement terminé par le forceps, dans laquelle, l'urine, traitée par le réactif de Gmelin, a prouvé la présence de pigments biliaires. L'accouchement avait été long et on avait employé le chloroforme, malgré ces causes souvent suffisantes pour expliquer l'apparition de l'ictère *post-partum*, l'auteur semble vouloir attribuer, dans l'espèce, un rôle prépondérant à l'émotion res-

sentie par le sujet à l'annonce de l'obligation où l'on était d'appliquer le forceps.

M. Jouin a vu des cas semblables dans le service de M. Ollivier, à Saint-Louis, et ce dernier médecin n'hésite pas à classer ces ictères dans la catégorie des ictères émotifs dont le pronostic est bénin d'ailleurs.

A la fin de la séance, M. le Dr Charrier, d'Ottava (Canada), lit à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger un mémoire intitulé : « Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation par voie abdominale et à l'hystérectomie supra-vaginale dans certains cas de fibromes utérins. »

Dr E. Verrier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *octobre* 1890.

—

Traitement de l'endométrite par les crayons de chlorure de zinc.

M. Quénu, nouveau témoin à charge dans le procès fait à cette méthode de traitement, communique l'observation d'une jeune femme de vingt-six ans qui, ayant accouché il y a trois ans, eut, dix mois après, une métrite sans douleur. Toujours atteinte de cette métrite, elle entra, le 3 septembre 1889, à l'Hôtel-Dieu, où elle fut traitée par l'application d'un crayon au chlorure de zinc. Après cette application, elle a souffert cruellement pendant quarante-huit heures.

Il n'y a pas eu d'élimination d'eschare; elle est sortie de l'hôpital une quinzaine de jours après, étant considérée comme guérie. Quelques jours plus tard, elle a été prise de nouveau de phénomènes douloureux, dont la description se rapporte aux symptômes d'une salpingite ; elle a dû rester trois mois couchée et actuellement elle souffre encore de sa métrite. Elle n'a donc eu aucune amélioration du côté de cette affection et a présenté, au contraire, une aggravation du côté des altérations des annexes. Ce qu'il y a de particulier chez cette malade et ce en quoi elle diffère de celles de MM. Pozzi et Routier, c'est qu'elle ne présente pas de rétrécissement du col ; l'hystéromètre pénètre bien dans la cavité uté-

rine, en donant lieu seulement à une sensibilité douloureuse : du côté du bord gauche de l'utérus, on sent les annexes gonflées et douloureuses. Il n'y a pas de doutes sur l'existence d'une salpingite ; c'est donc encore un fait à ajouter au passif de la cautérisation par le chlorure de zinc comme traitement de la métrite. Ces accidents de salpingite consécutive ne s'observent jamais à la suite du curettage.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 *janvier* 1891. — *Présidence de* M. E. Labbé.

PARALYSIES OBSTÉTRICALES DES NOUVEAU-NÉS.

M. Comby. — Les paralysies périphériques de la face ou des membres consécutives à des manœuvres obstétricales (version, forceps, dégagement des bras, etc.), sont bien connues depuis les travaux de Paul Dubois et Landouzy (thèse de 1839), Duchesne de Boulogne, Nadaud (thèse), Erb et Rouland.

Je ne m'occuperai ni de la paralysie faciale, due généralement à la compression par les branches du forceps et quelquefois spontanée, ni de la paralysie des membres inférieurs, beaucoup plus rare et dépendant d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou de la moelle (fracture, rupture, hémorrhagie).

Je parlerai seulement de la paralysie des membres supérieurs, dont j'ai observé trois exemples au dispensaire pour enfants de la Société philanthropique.

Ces paralysies, dites *paralysies radiculaires*, reconnaissent pour cause immédiate une compression ou une élongation du plexus brachial, qui se trouvent réalisées dans certains cas d'application de forceps, de version, de dégagement des épaules par le doigt ou un crochet, etc. Erb a montré que toutes ces violences aboutissaient à une lésion des cinquième et sixième nerfs cervicaux, en un point voisin du tubercule carotidien et appelé *point d'Erb*.

Duchesne avait remarqué déjà que ces paralysies portaient toujours sur les mêmes muscles (deltoïde, sous-épineux, biceps, coraco-brachial). Cependant la paralysie radiculaire peut être totale, et alors tous les muscles sont intéressés.

Les deux premiers cas que j'ai observés s'étaient montrés dans des conditions identiques : présentation de l'épaule, version laborieuse, paralysie du bras gauche, même sage-femme. Le premier cas, traité dès le début par la faradisation, a guéri en quinze jours, quoique la paralysie fût compliquée d'œdème des nouveau-nés. Le deuxième, observé seulement six semaines après le début de la paralysie, et par suite traité trop tardivement, ne s'est pas modifié par l'électrisation. La troisième observation est beaucoup plus intéressante que les deux précédentes.

Il s'agit d'un garçon de six mois dont la mère petite, difforme, rachitique, avait eu six accouchements terminés de la même façon : présentation du siège, tractions énergiques, naissance en état d'asphyxie. Les cinq premiers enfants ne furent pas ranimés ; le sixième, qui fait le sujet de mon observation, fut rappelé à la vie après plusieurs heures d'insufflation et de flagellation. Mais cet enfant conserva une paralysie complète et absolue des deux membres supérieurs. Ni la faradisation, ni les frictions, ni le massage, ni les bains excitants, ne produisirent le moindre résultat. La dernière fois que je le vis, après huit mois de traitement, la paralysie était aussi complète que le premier jour, et le membre supérieur droit était froid et cyanosé. J'ajouterai que (fait insolite) la sensibilité cutanée était abolie, comme la motricité.

Il est donc certain que cette *diplégie brachiale obstétricale* persistera aussi longtemps que la vie, et que l'enfant, pour tout le reste vigoureux et bien portant, sera définitivement infirme. Et cela n'a pas lieu de surprendre. Duchesne a montré que, même dans les cas simples, même dans les paralysies faciales, le pronostic comportait des réserves, surtout si le traitement n'avait pas été institué de bonne heure.

Ce traitement, pour Duchesne, se résumait dans la faradisation (séances de cinq ou dix minutes tous les deux ou trois jours) ; d'autres ont préconisé les courants continus (Onimus) ; on peut ajouter le massage, les frictions stimulantes avec la térébenthine ou le baume de Fioravanti, les bains salés, etc.

M. Joffroy.— Je ne partage pas l'opinion de M. Comby sur un point de son intéressante communication : la gravité du pronostic des paralysies obstétricales. Il est bien vrai que ces paralysies ne cèdent pas à l'électrisation faradique, et c'est peut-être pour

n'avoir employé que l'électrisation faradique que notre collègue a été amené à l'opinion que je conteste, mais si on emploie l'électrisation galvanique, sous forme de courants interrompus, provoquant des secousses musculaires, et non sous forme de courants continus, on obtient généralement des guérisons, même dans des cas graves, même quand l'intervention est relativement tardive. La faradisation peut suffire, à la rigueur, dans les cas très légers, mais son action ne va pas au delà.

M. Hayem. — Dans un certain nombre de cas que j'ai observés, le traitement électrique, mis en œuvre en temps opportun et par des hommes très compétents, a échoué. Je serais donc porté, au point de vue du pronostic, à me rapprocher beaucoup plus de l'opinion de M. Comby que de celle de M. Joffroy.

REVUE DE LA PRESSE

TRAITEMENT DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE PAR LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

Il y a lieu, en matière de septicémie puerpérale, de séparer les accidents qui apparaissent après un accouchement, à terme ou non, de ceux qui se produisent après un avortement. Dans ce second cas, la surface interne de l'utérus moins étendue que plus tard, offre des voies moins nombreuses à l'introduction des germes, et, de fait, les femmes résistent mieux et plus longtemps.

Lorsqu'il s'agit d'un accouchement, il faut encore distinguer deux formes différentes de septicémie. L'une qui débute presque de suite, ou tout au moins dans les trois ou quatre premiers jours après l'expulsion du fœtus, cette variété d'infection peut se traduire soit par une lymphangite utérine ou par une péritonite suppurée, soit par des abcès développés plus ou moins loin de la zone génitale, soit par des eschares vulvaires, vaginales, utérines, par des fausses membranes, pseudo-diphthéritiques, toutes lésions dues à un seul et même microbe, le streptocoque. L'autre forme d'infection répond à ce que les anciens appelaient l'infection putride ; elle est produite par les putréfactions d'un débris de placenta ou de membranes retenues dans la cavité utérine. L'agent micro bien n'est plus ici le streptocoque, c'est le vibrion septique.

Que faire pour lutter contre ces accidents?

Fixons les idées par des exemples. Une femme accouche spontanément où à l'aide d'une intervention. Le délivre est complet. On l'a examiné avec soin, et on est certain qu'il ne reste pas de cotylédon ou de membranes dans la cavité utérine. Pour une raison ou pour une autre, l'antisepsie a été incomplète et le troisième jour, la femme est prise d'un frisson ; le pouls s'élève, la température avec lui, et l'utérus devient douloureux au niveau d'une de ses cornes. Le mieux alors, est d'instituer de suite les injections intra-utérines. Celles-ci seront faites ou avec la sonde en fer à cheval de M. Budin, ou avec celle de M. Doléris, ou encore avec la sonde en verre de M. Tarnier. La canule en verre, dont on se sert d'habitude pour les injections vaginales, peut être utilisée à condition que l'utérus n'ait pas resserré trop énergiquement son orifice interne. On introduira dans la matrice, environ deux litres de solution antiseptique par injection. Les solutions antiseptiques les plus usitées sont le sublimé à 0,25 centig. pour un litre d'eau, l'acide phénique au quarantième, l'acide borique à 3 pour 100, le permanganate de potasse à un pour deux mille, le chloral au centième, etc. D'une façon générale, les titres de ces solutions sont faibles, et c'est une nécessité pour éviter les accidents de résorption médicamenteuse et d'intoxication. Ces craintes ont surtout lieu d'être pour le sublimé. On renouvellera deux, trois fois par jour ces injections intra-utérines. L'eau bouillie rend aussi des services, mais à la condition d'être employée avec une solution réellement antiseptique : c'est-à-dire que de deux injections, l'une sera faite à l'eau bouillie, l'autre au sublimé ou à l'acide phénique et ainsi de suite.

Un traitement interne sera en même temps prescrit, on donnera par jour 1 gr. à 1 gr. 50 de sulfate de quinine et surtout on insistera sur les boissons alcooliques qui sont d'une importance capitale. Il faudra soutenir aussi les forces de la malade par une alimentation tonique et reconstituante.

Si le cas est grave, si le frisson initial a paru le premier ou le deuxième jour après l'accouchement, l'infection est des plus redoutables, et trop souvent le traitement restera sans effet.

(*Rev. gén. de clin. et de thér.*).

PAPILLOME VOLUMINEUX DE LA VULVE D'ORIGINE NON VÉNÉRIENNE,

Par M. André CASTAN, interne des hôpitaux (1).

Il s'agit d'une fille de 22 ans, présentant une tumeur à la vulve et entrée le 25 février 1890 dans le service de M. le professeur agrégé Brousse.

Comme antécédents personnels, elle a eu dans son enfance des engorgements ganglionnaires. Les règles s'établissent à 15 ans. Pas de pertes blanches ni de maladies vénériennes.

En février 1889, elle ressent à la vulve un léger prurit. Au mois d'avril de la même année, elle s'aperçoit de la présence, sur les parties génitales de boutons dont l'accroissement devient bientôt assez rapide pour devenir la source de violentes douleurs. Elle se place à ce moment dans une fabrique de vert-de-gris ; le bien-être relatif dont elle jouissait jusqu'alors disparaît, les conditions hygiéniques où elle se trouve développent son état d'anémie. Pendant ce temps, les boutons se multiplient, forment de petites masses, rendent la marche plus difficile et nécessitent l'entrée de la malade à l'hôpital.

A l'examen, la tumeur se présente sous forme d'une énorme masse végétante ovoïde recouvrant totalement la vulve, formée de deux lobes difficiles à séparer au début. Ce n'est que trois semaines plus tard que la tumeur ayant diminué, on constate que chaque lobe, nullement pédiculé, est inséré sur la petite lèvre et sur la face interne de la grande lèvre. Le lobe droit déborde de plus la face externe de la grande lèvre jusqu'au pli génito-crural.

La surface de ces masses, humide, rougeâtre, laisse écouler un liquide verdâtre, d'odeur fétide. En certains points, elles prennent l'aspect de mamelons fongueux.

Un ruban étendu de haut en bas à la surface de la tumeur mesure une longueur de 13 centim. Transversalement, il donne une longueur de 9 cent.

Dès le 1er mars, la tumeur est traitée par des applications de pommade de résorcine, puis par une solution à 50 gram. % mélangée à la cocaïne pour diminuer les douleurs provoquées par le caustique. Le 20 avril, la tumeur est réduite de près des deux tiers. Cette diminution de volume permet de constater l'existence d'un hymen circulaire. On décide de faire l'ablation. L'opération est faite le 25 avril

(1) Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier.

par M. le professeur agrégé Estor. La tumeur est enlevée au thermocautère. Chute de l'eschare le septième jour. A partir de ce moment la cicatrisation marche rapidement ; le 17 juin, il reste à peine une surface de 2 centim., presque complètement cicatrisée.

Deux points sont intéressants dans cette observation. Tout d'abord, le volume exagéré de la tumeur, dû sans doute à la négligence de la malade et à l'absence de toute intervention. Il s'agit ici non d'une tumeur maligne, d'un épithéliome, mais bien de végétations, de chou-fleur, de papillome, ainsi que l'examen histologique l'a démontré.

L'observation de cette malade était ensuite intéressante au point de vue de l'étiologie de la tumeur. Avions-nous affaire à des végétations d'origine syphilitique ou blennorrhagique ? Mais dans le premier cas, l'examen de la malade, ses antécédents, son état pendant les quatre mois de son séjour à la clinique permettaient de conclure à la non-spécificité. Dans le second cas, l'examen du pus recueilli à la surface de la tumeur n'avait nullement révélé la présence de gonocoques et l'exploration du canal, faite aussi bien que possible, n'avait décélé l'existence d'aucun écoulement.

On ne pouvait songer non plus à une prédisposition générale, à une idiosyncrasie, pour expliquer la production de ces végétations, car alors, pourquoi la tumeur se serait-elle concentrée uniquement sur les parties génitales ?

Sans accorder une grande part au tempérament, à la diathèse, on peut considérer l'état d'anémie, de lymphatisme de la malade comme ayant suffisamment débilité l'organisme pour que des irritations répétées sur certaines parties du corps aient pu être l'origine de ces végétations. Or, dans cette observation, sans rechercher l'agent irritant dans un liquide virulent baignant les parties génitales, on peut admettre, comme cause occasionnelle de la production de ces tumeurs, la simple irritation produite par le frottement, la malpropreté, la masturbation. Ce cas se rapproche de ceux rapportés par bien d'autres, Gilette en particulier, et vient grossir la liste des faits tendant à démontrer l'existence de végétations d'origine non vénérienne.

(*L'Echo Médical.*)

THROMBUS DE LA VULVE CHEZ UNE PRIMIPARE APRÈS ACCOUCHEMENT.

Cet accident est rare, puisque nombre d'accoucheurs n'ont pu, dans des pratiques de quarante ans, en recueillir que trois cas ; d'autres, tels que Dubois, sur 1400 accouchements, en ont vu 3 cas ; Winckel, sur 1600 accouchements, 1 cas ; Guéniol, Perret, Bouchard, en ont observé chacun 2 cas en deux années de clinicat, etc., etc.

J'eus cependant la chance d'être appelé dans un village situé aux environs de Salonique, auprès d'une jeune femme accouchée depuis la veille et de constater, après long examen, un thrombus de la vulve comprenant toute la grande lèvre du côté droit, s'étendant jusqu'au tubercule du vagin et envahissant la petite lèvre correspondante.

Je dus faire un long examen, car, au premier abord, il me fut impossible de comprendre à quoi j'avais affaire ; je me trouvais en présence d'une énorme tumeur violacée, ecchymosée, couvrant entièrement la vulve et l'entrée vaginale. On aurait pu confondre cet accident avec un renversement, soit utérin, soit vaginal ou avec un prolapsus de la matrice.

La malade accusait de fortes douleurs du côté de cette tumeur et dans toute la région hypogastrique ; le thermomètre indiquait 39°.

J'avais affaire heureusement à une paysanne pleine de jeunesse et de vigueur ; aussi, ne voyant pas trop grand péril, commençai-je par laver toute la tumeur avec de l'eau fortement phéniquée, et, à force d'attention, je finis par découvrir en dessous du sac l'ouverture vaginale très rétrécie par suite de l'énormité de la tumeur qui l'obstruait. Je fis le toucher vaginal ; l'utérus était normal.

J'administrai plusieurs injections chaudes phéniquées qui firent sortir de nombreux caillots et des morceaux de placenta et de membranes qui étaient restés dans le vagin ; puis, par bonheur, la tumeur se rompit d'elle-même et je pus arrêter l'hémorragie qui ne fut pas très grave. Cette femme ayant été accouchée par une praticienne vieille et ignorante, je fus presque privé de tout renseignement.

Je compris cependant que le thrombus était apparu après l'accouchement et avait fait obstacle à l'expulsion du délivre, puisque je retrouvais de nombreux morceaux de celui-ci dans le vagin et sous la tumeur à l'entrée de la vulve.

Cette matrone, ayant arraché le placenta sans se rendre compte des accidents auxquels elle exposait la patiente, vit ensuite se former une tumeur. Elle crut alors voir la matrice au dehors, s'efforça avec les

mains de la réduire et de la rentrer dans l'ouverture vaginale. Voyant qu'elle n'y pouvait réussir, elle se servit de ses pieds et, de toutes ses forces, repoussa la tumeur, mais naturellement elle ne réussit qu'à produire de terribles ecchymoses et des douleurs atroces; c'est alors qu'elle abandonna la malade.

Ayant eu la chance de vider le sac de tous ses caillots, je fis de nombreux lavages phéniqués et brûlants, pansai la malade avec des bourdonnets de coton phéniqué et iodoformé, posai sur le ventre des cataplasmes laudanisés, je fis des frictions à la pommade belladonée et administrai à l'intérieur le sulfate de quinine et l'alcool en potion de Tood. J'eus finalement la satisfaction de voir le lendemain ma malade hors de danger; un mois s'est écoulé depuis lors et cette femme est aujourd'hui complètement rétablie.

Il est à peine possible de croire à de pareilles infamies causées par l'ignorance de ces trop nombreuses femmes qui veulent se mêler d'accouchements au risque de provoquer la mort. Puisque les accouchements ne sont malheureusement pas toujours naturels, mais bien compliqués par des maladies et des accidents, il ne devrait pas être permis à ces dangereuses créatures d'exercer au moindre degré.

Salonique, 14 décembre 1890.

(*Revue méd.-pharm.*). M.-J. NADJI-CORNUEL.

DE L'ABLATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS CHEZ LES NERVEUSES.

M. Playfair, dans une communication qu'il a faite à l'*Obstetrical Society* de Londres, sur l'ablation des annexes de l'utérus chez les femmes nerveuses est arrivé aux conclusions suivantes : 1° cette opération est contre-indiquée, si les annexes ne présentent aucune altération, elle ne modifie en rien, en effet, le nervosisme ; 2° quand on se trouve en présence d'une femme nerveuse ayant des annexes réellement malades, il faut commencer par traiter la névrose, car si on arrive à la guérir ou même à la modifier, l'opération sur les annexes pourra peut-être être évitée ; 3° dans l'hystéro-épilepsie et l'hystéromanie l'opération ne produit aucun résultat favorable.

Sir Spencer Wells a appuyé les conclusions de M. Playfair, et a cité plusieurs passages d'un important travail du Dr Ross, de Toronto, qui a démontré l'inutilité de l'ablation des annexes de l'utérus non malades pour guérir les symptômes douloureux. vagues qu'on ren-

contre dans certains états nerveux (hystérie, épilepsie). M. Ross a vu tant en Europe qu'en Amérique quantité d'opérées qui n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, il a pu voir quantité de malades qu'on avait proclamées guéries et qui souffraient autant qu'avant ; leur état nerveux ne s'était modifié en aucune façon.

M. Priestley a rappelé qu'au Congrès international de médecine tenu il y a six ans à Copenhague, l'avis général était déjà que cette opération devait être rejetée. Il est, en effet, prouvé que si certaines femmes nerveuses souffrent dans la région ovarienne ce n'est pas par suite d'une altération des organes de cette région, la douleur est sous la dépendance du nervosisme général. Il semble aussi puéril d'enlever les ovaires d'une hystérique que de traiter uniquement, chez un coxalgique, le genou qui lui fait mal. On n'a jamais songé à castrer un individu qui a une névralgie du testicule ; pourquoi donc castrer une femme qui a une névralgie de l'ovaire ?

En règle générale, il ne faut pratiquer l'ablation des annexes de l'utérus que si l'on y a constaté une altération grave et surtout permanente. On sait, en effet, que des trompes dilatées peuvent guérir par le simple repos ; leur altération, par conséquent, peut n'être que passagère et ne nécessite nullement une opération.

(*Bull. méd.*)

DE LA VIE SEXUELLE DES FEMMES APRÈS LA CASTRATION ET DES HÉMORRHAGIES SUPPLÉMENTAIRES CONSÉCUTIVES.

(M. Keppler, de Venise.)

L'auteur a enlevé les ovaires à 46 femmes ; il a obtenu 39 guérisons complètes, dont la plupart ont pu être suivies pendant un bon nombre d'années. Voici les principales conclusions physiologiques qu'il a tirées de ses observations :

1° Après les opérations pratiquées pour une salpingite ou un processus inflammatoire, il n'a jamais eu dans la suite d'écoulement de sang dans l'utérus ;

2° Le diamètre conjugué s'est progressivement raccourci, et cela d'autant plus que la femme était plus jeune ; ce raccourcissement a pu être de 3 centimètres ;

3° L'utérus a diminué graduellement de volume (de 8 sur 2, dans l'espace de dix ans) ; de même le vagin est devenu plus court et plus

étroit ; sa muqueuse est devenue plus pâle et les grandes lèvres plus grêles ;

4° Les seins se sont atrophiés et ont pris l'aspect de ceux de l'homme ;

5° La pigmentation des mamelons, des aréoles, du périnée et de l'anus a disparu, ainsi que les pigmentations pathologiques (chloasma). La peau a pris une blancheur remarquable ;

6° La tendance à l'embonpoint général n'a pas été augmentée ;

7° Il ne s'est produit aucune modification ni du côté des poils, ni du côté de la voix ;

8° Les appétits sexuels sont demeurés les mêmes, et ils sont d'autant plus prononcés que l'opération a été faite à une date plus rapprochée de l'apparition de la menstruation ;

9° L'opération n'est pas un obstacle au mariage ; trois des opérées se sont mariées et font depuis plusieurs années un heureux ménage ;

10° Le mariage avec une femme castrée est l'union malthusienne idéale, la seule façon d'appliquer dans sa rigueur la doctrine de Malthus, sans mettre en danger la santé ou le bonheur des conjoints ;

11° Chez des femmes opérées dans leur jeunesse pour des affections inflammatoires, on ne voit pas survenir de troubles nerveux, comme l'on en constate fréquemment chez les femmes opérées pour des fibromes utérins à un âge plus avancé ;

12° Les hémorrhagies dues à des fibromes utérins sont avantageusement influencées par la castration, mais on ne voit jamais la ménopause survenir immédiatement après ;

13° Les femmes opérées pour les fibromes utérins à un âge déjà assez avancé perdent complètement leur appétit sexuel.

(*Bulletin médical.*)

HÉMOPHILIE PENDANT LA PÉRIODE MENSTRUELLE.

Dans la majorité des cas l'hémophilie ne paraît pas entraîner de graves conséquences à l'époque où la menstruation s'établit. Il n'en est pas toujours ainsi, comme le démontre l'histoire d'une jeune fille de 13 ans à laquelle le Dr Townsend a donné ses soins. Voici cette observation que nous empruntons au *British medical Journal*, 27 décembre 1890. La jeune fille était bien portante, bien développée, intelligente. Quelques membres de sa famille étaient hémophiliques. Lorsqu'elle était enfant, la moindre contusion suffisait pour déterminer

une hémorragie sous-cutanée considérable. Elle saignait abondamment à la moindre coupure, ou lorsqu'elle était mordue par des insectes. Les fréquentes épistaxis cessèrent après l'ablation de polypes muqueux. Jamais elle n'eut de gonflement des articulations.

A l'époque où apparurent les premières règles, elle eut des métrorragies abondantes suivies de pâleur et d'un état syncopal. L'insomnie, des nausées, des vomissements, une soif intense apparurent avec élévation de température. Il lui suffisait de se retourner un peu brusquement dans son lit pour voir des ecchymoses apparaître aux épaules et aux coudes. Comme la malade s'affaiblissait et continuait de vomir, on lui donna toutes les trois heures un œuf cru et trois onces de lait peptonisé. Lorsque les vomissements cessèrent, la malade prit du lait et de l'eau de chaux, elle put bientôt prendre une nourriture plus substantielle. Lorsque l'hémorragie fut abondante, on plaça un tampon qui ne fut retiré que trois jours plus tard. Néanmoins, un léger écoulement sanguin persista encore près d'une semaine. L'auteur de cette observation ne dit pas si les mêmes accidents se reproduisirent à la période suivante.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

REMARQUES SUR L'ACTION CURATIVE ÉNIGMATIQUE DE LA LAPAROTOMIE DANS LES CAS DE PÉRITONITE TUBERCULEUSE,

Par le Dr Lauenstein.

(*Centr. für Chirurgie*, 1890, n° 42, p. 793.).

Comment expliquer l'action curative de la laparotomie (si action curative il y a) dans les cas de péritonite tuberculeuse chronique? L'emploi des antiseptiques, que comporte habituellement l'opération, paraît n'y être pour rien. M. Lauenstein se demande si cette action curative n'est pas imputable à l'évacuation du liquide épanché dans le péritoine. Nous savons que la dessiccation porte atteinte au développement et à la vitalité des bacilles de la tuberculose. Un péritoine mis à sec ne serait-il pas rendu plus résistant contre le bacille de la tuberculose que ne l'était la séreuse constamment baignée par les courants liquides qui la traversent?

D'autre part, Koch nous a appris que la lumière du soleil tue rapidement toutes les bactéries qui se développent dans des milieux de culture, et notamment le bacille de la tuberculose, qui périt en un

espace de temps variable de quelques minutes à une heure. Il est très vraisemblable que ce facteur intervient pour une part dans l'action curative susdite.

Incidemment Lauenstein mentionne qu'il a eu une occasion récente d'opérer un cas de péritonite tuberculeuse, chez une femme de 37 ans. Une fois la paroi abdominale incisée, il s'est contenté de laisser écouler l'épanchement liquide et d'éponger les tissus sans recourir à l'emploi des antiseptiques. Puis, pendant dix minutes, il a exposé les différentes parties de la cavité abdominale à l'action de la lumière solaire. L'ascite ne s'est pas reproduite, et la femme se porte bien.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

RÉAPPARITION DES RÈGLES, PUIS GROSSESSE CHEZ UNE FEMME A LAQUELLE ON AVAIT ENLEVÉ LES DEUX OVAIRES.

Une jeune femme de vingt-trois ans a des douleurs permanentes dans la région des ovaires ; elle perd à peu près continuellement une petite quantité de sang. La vie, pour elle, est devenue très pénible : Anderson (de Glasgow) lui enlève les deux ovaires. Tous deux présentent des traces d'ovarite chronique : le gauche est kystique. Après l'opération, les douleurs disparaissent, ainsi que la métrorrhagie. La malade est enchantée. Quatre mois après, les règles se montrent et durent quatre jours. Elles se reproduisent ainsi pendant six mois. La jeune femme se marie, devient enceinte et accouche d'un enfant mort-né.

On a vu des hommes privés de leurs testicules avoir cependant des enfants ; la malignité publique n'était pas embarrassée pour expliquer semblable fécondité. Avec une femme privée de ses ovaires, l'interprétation deviendrait beaucoup plus difficile si l'on ne connaissait l'existence des ovaires supplémentaires.

Il est curieux, toutefois, de constater que non seulement la menstruation, mais aussi l'ovulation se soient rétablies avec une pareille régularité et que la conception ait eu lieu après une castration en apparence complète.

(*Brit. med. Jour.*, 27 sept. 1890, et *Gaz. des hôp.*)

HOPITAUX DE SAINT-PÉTERSBOURG : M. MICHOW.

LE DIAGNOSTIC DE LA SALPINGO-OOPHORITE.

(Recueillie par M. Lambinon. *Journal d'accouchements.*)

Dans les cas ordinaires, le diagnostic de la salpingo-oophorite ne souffre pas de difficulté. La palpation fait reconnaître la dilatation caractéristique des trompes et leurs rapports avec l'angle correspondant de l'utérus. L'anamnèse et le cours même de la maladie viennent confirmer les résultats de la palpation bimanuelle.

Cependant, nous avons observé certains cas où il n'est pas facile de reconnaître exactement la nature de cette tumeur du petit bassin.

On peut trouver une tuméfaction pathologique de ce genre siégeant dans la partie inférieure du ligament large, ou fixée par de nombreuses adhérences dans le pli de Douglas.

Ces sortes de cas peuvent amener la confusion entre une tumeur tubaire et un kyste intraligamenteux.

On a déjà constaté une dilatation de la partie externe de la trompe sans altération de la partie interne de cet organe.

Dans ces sortes de cas, s'il n'y a pas d'adhérence, on trouve, grâce au palper, une tumeur bien circonscrite et élastique.

On croira à l'existence d'une tumeur ovarique dont les rapports avec l'utérus ne seront pas faciles à établir.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire qu'il importe de trouver de nouveaux éléments de diagnostic dans les cas de salpingo-oophorite.

Nous pouvons indiquer un signe constant dans les cas de salpingo-oophorite et pouvant avoir une grande importance dans la discussion du diagnostic de la tumeur.

Voici en quoi consiste la particularité observée par M. le professeur Lebedeff dans les cas de salpingo-oophorite :

Les tumeurs dues à l'inflammation tubaire ont un volume variable, suivant l'époque à laquelle on examine la malade.

En observant beaucoup de cas analogues, on arrive à la conclusion suivante : les variations du volume de la tumeur dépendent de la période menstruelle.

Au commencement des règles, par exemple, la tumeur, due à une salpingo-oophorite, augmente de volume. Après les règles, les dimensions de cette tumeur diminuent.

Bien souvent, ce gonflement pathologique survenant à la période menstruelle, reste unilatérale. La trompe du côté opposé ne semble pas malade.

Lors de la réapparition des règles, la première tumeur peut rester invariable, et la trompe du côté opposé grossit d'une manière remarquable.

Il se présente des cas où les variations périodiques du volume de la tumeur ne se manifestent guère aussi parfaitement.

Toutefois, quelques jours avant les règles, on peut toujours reconnaître au palper une trompe malade.

Ces variations de volume d'une tumeur, pendant la période menstruelle, sont beaucoup plus faciles à reconnaître au début, quand les tumeurs n'ont pas encore acquis de grandes dimensions.

Différentes causes retentissent sur l'accroissement des tumeurs de cette espèce.

Pendant la menstruation, il y a afflux sanguin dans le follicule ovarien et dans les trompes.

Schroeder admet l'existence d'une tuméfaction de la muqueuse tubaire pendant les règles.

Le passage du follicule de Graaf cause une dilatation tubaire.

Enfin, pendant la période menstruelle, il y a peut-être desquamation d'une partie de la muqueuse enflammée.

Un mot pour finir. Les changements de volume de la tumeur pendant les règles constituent un signe caractéristique des salpingo-oophorites et ont été observés en 1er lieu par M. le Dr Ledebeff.

Cette remarque a une grande importance au point de vue du diagnostic différentiel des tumeurs des organes génitaux de la femme.

Notre conclusion s'impose : Non seulement on pourra poser un diagnostic sûr de salpingo-oophorite, mais encore on pourra contrôler le diagnostic par la laparotomie.

Grâce au signe indiqué par M. le Dr Lebedeff, il est possible de poser un diagnostic sûr des maladies tubaires.

SUR L'ÉLECTRICITÉ EN GYNÉCOLOGIE,

Par le Dr Nagel, de Berlin.

Le très consciencieux travail de M. Nagel vise à calmer l'enthousiasme avec lequel un certain nombre de spécialistes se sont expri-

més dans ces derniers temps sur les résultats de l'électro-thérapie en gynécologie.

L'auteur commence par s'élever contre la prétention qu'on affiche de pouvoir faire un « dosage rigoureux » de l'agent électrique ; pour lui, ce sont là de pures phrases.

Passant ensuite à la question des indications, M. Nagel se plaît à reconnaître que l'emploi de l'électricité peut donner de bons résultats dans les cas de pelvi-péritonite, grâce aux effets congestifs du courant, qui favorisent la résorption des exsudats. Sur trente-deux cas traités par lui, l'auteur en compte un certain nombre où l'emploi du courant galvanique a échoué. Mais, dans la plupart des cas, le traitement a donné une amélioration franche, notamment une atténuation des douleurs.

M. Nagel s'élève contre la galvanisation intra-utérine appliquée au traitement des rétrécissements du col. Il mentionne une série de cas de dysménorrhée de pareille origine, où le simple cathétérisme, pratiqué systématiquement, est venu à bout des accidents dysménorrhéiques ; voire que trois femmes ont été guéries, de la sorte, d'une stérilité déjà ancienne.

L'indication la plus importante de la galvanisation intra-utérine réside, d'après les idées du jour, dans le traitement des myomes. D'après M. Nagel, il est surprenant que la croyance à l'efficacité du traitement électrique des myomes se soit répandue par toute la terre, « car les observations cliniques communiquées par Apostoli ne prêtent aucun appui à cette assertion ». L'auteur base son jugement sur ses faits personnels et sur la critique des observations étrangères. Dans la plupart des cas, il y a eu diminution des hémorrhagies, mais jamais diminution de volume de l'utérus myomateux.

L'auteur a résumé son jugement dans ces quelques mots : Dans certains cas, l'électrothérapie peut donner la guérison d'une affection gynécologique; d'une facon générale, ses effets curatifs ne dépassent pas ce qu'on peut obtenir avec les autres méthodes connues.

(*Archiv für Gynæcologie*, t. XXXVIII, fasc. 1.)

SUR L'INFECTION PUERPÉRALE, ET SUR LE BUT QUE DOIT SE PROPOSER L'OBSTÉTRIQUE MODERNE,

Par le professeur Hegar.

M. Hegar, avec la grande autorité qu'il possède dans les questions

d'obstétrique et de gynécologie, a dépouillé les statistiques officielles du grand-duché de Bade, pour faire un peu de jour sur la question de l'emploi des antiseptiques chez les femmes en couches, question qui soulève aujourd'hui de nombreuses controverses.

M. Hegar constate que, dans les quarante dernières années, la mortalité chez les femmes en couches et pendant les trois septénaires qui suivent la délivrance n'a pas sensiblement varié dans le pays de Bade. Il a rappelé que les accoucheurs forment deux camps : d'un côté ceux qui sont partisans de la doctrine de l'auto-infection emploient les antiseptiques *largâ manû*, car ils considèrent la surface interne du vagin et le col de l'utérus comme un champ opératoire, qu'il importe de désinfecter avant l'accouchement. De l'autre côté, ceux qui n'accordent qu'une minime importance à l'auto-infection se préoccupent surtout d'écarter des organes génito-internes les poisons du dehors ; aussi limitent-ils au strict nécessaire l'introduction des doigts et des instruments dans le conduit vaginal. C'est cette seconde manière de procéder qui paraît être la bonne, d'après l'enquête dressée par Hegar. Les statistiques du grand-duché de Bade démontrent que l'emploi des antiseptiques dans la pratique obstétricale n'a pas fait diminuer la mortalité par infection puerpérale, chez les parturientes accouchées par les sages-femmes, qui font bien plus d'accouchements que les médecins. Cela tient, d'après Hegar, à ce que l'emploi des antiseptiques nécessite l'introduction, dans les voies génitales, d'instruments qui sont trop souvent des véhicules de germes pathogènes. Un premier but à atteindre serait d'obtenir que les sages-femmes s'abstinssent de faire des injections et de pratiquer le toucher, dans le cas où l'accouchement marche normalement. Dans ces cas le toucher est superflu ; par la palpation externe, par l'observation attentive de l'état général du pouls, de la température, de la respiration, de la succession des contractions utérines, etc., les matrones se renseignent suffisamment sur le point de savoir quand il y a lieu de faire intervenir un accoucheur ; d'autre part, le toucher pratiqué chez les femmes enceintes et chez les parturientes nuit plus à celles-ci qu'il n'éclaire les sages-femmes, qui ne sont qu'insuffisamment familiarisées avec les procédés d'exploration interne. Il est donc préférable de bien les exercer aux pratiques de l'exploration externe, et d'obtenir qu'elles s'en tiennent à ce mode d'examen.

(*Sammlung klin. Vortraege*, n° 351.)

ABSENCE D'UNE PARTIE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES CHEZ DEUX SŒURS.

Le Dr Mabaret du Rastis (de Saint-Léonard) publie les deux observations suivantes dans le *Progrès médical* :

Marie G..., 42 ans et sa sœur Catherine G..., 35 ans, cultivatrices, sont venues en août dernier me demander d'examiner la plus jeune et de décider s'il n'y aurait pas quelque opération pouvant la rendre apte à contracter mariage, attendu, disent-elles, qu'elle ne se croit pas faite comme les autres femmes.

Catherine G... est grande, robuste, très brune, chevelure longue et opulente, voix rude, figure plutôt masculine. Elle est obligée de se couper fréquemment la barbe et même de se raser quelquefois. Le système pileux est également très développé sur tout le corps. La poitrine, les bras, les jambes sont couverts de poils longs et noirs. Les seins sont rudimentaires et le torse mis à nu ressemble à celui d'un homme bien constitué. En revanche, extérieurement, le bassin est celui d'une femme avec un mont de Vénus très fourni de poils. La palpation à travers les parois abdominales et le toucher rectal ne permettent de constater aucune anomalie.

En écartant les cuisses, on aperçoit un sillon assez profond qui va de la région pubienne à l'anus. A la partie supérieure de ce sillon, au-dessous de la symphyse des pubis, se trouve un clitoris long de quatre centimètres environ, susceptible d'érection. Un repli de la peau, près de son extrémité libre, simule assez un prépuce entourant un petit gland imperforé. Au-dessous, on voit l'ouverture du canal de l'urèthre normal. Puis, à égale distance de l'urèthre et de l'anus, toujours sur le sillon, existe un petit diverticulum dans lequel a pu pénétrer avec quelque difficulté, à une profondeur de cinq centimètres, une sonde de femme de la grosseur ordinaire. C'est par ce dernier orifice que les règles s'écoulent facilement chaque mois et sans jamais causer aucun malaise. Absence complète de vagin, de grandes et de petites lèvres.

Marie G..., la sœur aînée, présente les mêmes anomalies que Catherine ; toutefois, les apparences sont moins masculines, le système pileux moins développé. Le clitoris est aussi moins long et pas encapuchonné.

Les deux sœurs sont nées à la campagne, de parents cultivateurs bien constitués, bien portants et n'ayant pas eu d'autres enfants. Aucun renseignement précis n'a pu être fourni sur les ascendants.

SUR UN SIGNE PRÉCOCE DU CANCER DE L'UTÉRUS.

Le Dr Ch. Aubry, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, donne le signe suivant dont il doit la connaissance au Dr Laroyenne.

Toutes les fois que, dans une surface suspecte du col ou de la cavité cervicale, on pourra enfoncer l'ongle et ramasser quelque débris de tissus, on est autorisé à affirmer la nature épithéliomateuse de la maladie.

Tout le monde connaît la friabilité extrême des grosses masses exubérantes que le doigt déchire sans efforts. C'est en somme cette même friabilité qu'on découvre, mais localisée à une surface assez peu profonde, assez restreinte en étendue pour que les autres caractères cliniques ne permettent pas d'affirmer sa valeur de cancer.

C'est du reste un signe uniquement destiné à différencier le col cancéreux au début des différents cols de la métrite chronique.

LES MALADIES DE L'UTÉRUS, LA STÉRILITÉ ET LA FÉCONDATION MÉCANIQUE, par le docteur V. Ciccone.

Après quelques considérations sur les causes de la stérilité, l'auteur précise longuement les conditions qui favorisent ou empêchent la fécondation mécanique. Une endométrite, une hypersécrétion acide, un vaste fibrome sous-muqueux doivent être traités, avant d'essayer avec quelques chances de succès la fécondation mécanique. Il faut, en outre, que la troupe soit libre, et que la tentative soit faite au moment de l'ovulation.

Le liquide spermatique doit être, après son émission, conservé à la température de 37°. Il est alors porté, au moyen d'une sonde spéciale, à travers le col, jusque dans l'utérus. Pour empêcher le liquide de refluer, l'auteur emploie tantôt une légère couche de collodion, tantôt une serre-fine appliquée sur le col.

L'auteur donne ensuite huit observations de fécondation mécanique pratiquée pour causes diverses : rétroflexion, endométrite, leucorrhée, etc. Dans 6 cas, la fécondation réussit ; mais dans 4 des sujets suivis, il y eut avortement à trois ou cinq mois pour raisons diverses indépendantes de l'affection utérine. (*Il Morgagni*, n° 8, 1890.)

NOUVELLES

Prix de l'Académie de médecine de Paris pour l'année 1891 : *Prix Capuron* (1000 fr.). Question : De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins. — *Prix de l'hygiène de l'enfance* (1000 fr.) Déterminer quels sont, dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeur et les effets, soit du lait cru et tiède au bain-marie, soit du lait bouilli.

Pour l'année 1892. — *Prix Capuron* (1000 fr.) De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.

Pour l'année 1893. — *Prix Capuron* (1000 fr.) De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et, réciproquement, de l'influence des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.

Association des sages-femmes. — On annonce la création prochaine d'une institution qui, sous ce nom, aurait pour objet de perfectionner l'instruction technique de ses membres.

Cette institution répondrait à celles qui existent en Allemagne et en Belgique où elles rendent les plus grands services, comme M. Budin le montrait dans un rapport à l'Académie, par la création de cours de vacances et de perfectionnement.

Cours de gynécologie a la clinique chirurgicale de Necker. — M. le Dr Pichevin, moniteur de gynécologie, commencera un cours théorique et pratique de gynécologie le mardi 24 février 1891. — S'inscrire à la clinique de Necker si l'on veut suivre ce cours.

VARIÉTÉS

Les sages-femmes septiques en Russie. — Le tribunal correctionnel de Fochum vient, paraît-il, de condamner à trois ans et demi de prison une sage-femme qui, malgré la défense faite par le médecin et signifiée par l'administration d'exercer sa profession pendant un certain temps, à la suite d'une série d'accidents puerpéraux imputables à sa négligence, a continué de pratiquer des accouchements dans les mêmes conditions et a ainsi provoqué la mort d'une personne et mis en danger la vie d'une autre.

Quelques épitaphes empruntés à *l'Echo du Monde*.

— Sur un tertre, une croix blanche, toute simple, entourée de fleurs ; c'est la tombe d'une gracieuse enfant, moisonnée dans sa fleur, un ange tombé du ciel et que le ciel a rappelé. Sur la croix, en forme d'épitaphe, cette simple prière ravissante de grâce et d'émotion contenue :

A ma petite Yvonne, trois ans et demi.
Terre,
Ne pèse pas sur elle ;
elle a si peu pesé sur toi !

—

Ma femme je t'attends,
5 janvier 1843
X..., capitaine de gendarmerie en retraite.

Au-dessous :

Mon ami, me voici.
5 décembre 1877
Z... veuve X...

Cette veuve n'était pas pressée ; elle a mis *trente-quatre* ans à rejoindre le capitaine !

Cette dernière me rappelle une jolie fable express :

Chaque jour un monsieur allait au cimetière
Contempler le tombeau de feu sa belle-mère,
Quoique ce fut très loin pour aller et venir.
Moralité.
Sans un peu de travail on n'a pas de plaisir.

—

Pour les amateurs de galons.— La plupart des médecins ignorent probablement qu'ils ont le droit de porter un costume, et que ce costume est des plus beaux et des plus riches, et bien autrement distingué que celui des membres de l'Académie.

Il existe un décret du 20 brumaire an XII (12 novembre 1803), qui n'a jamais été abrogé, qui a force de loi, et qui permet aux simples docteurs de porter un habillement de cérémonie. Voici l'article 2 de ce décret :

« Les simples docteurs en médecine, lorsqu'ils seront invités à quelque cérémonie publique et lorsqu'ils prêteront serment, feront ou affirmeront des rapports devant les tribunaux, pourront porter le costume qui suit : robe noire d'étamine avec dos et devant de soie

cramoisie bordée d'hermine, habit noir à la française, cravate de batiste tombante, toque en soie cramoisie avec galons d'or. »

(*Ibid.*)

—

Le Dr Gubian, de Lyon, pensant aux rapports intimes qui existent entre l'utérus et le larynx, nous disait dans ses leçons: « Si jamais vous rencontrez un jeune mari se plaindre de l'infécondité de sa femme, conseillez-lui de la faire chanter à haute voix pendant *l'actus conjungi*, c'est un moyen très bon pour faciliter la conception.

Une fois j'ai donné ce conseil à un ami, qui attendait sa progéniture depuis plusieurs années ; il eut deux enfants coup sur coup ; après quoi il recommanda à sa femme de... bien serrer les dents. »

—

Calino vantait, l'autre jour, les avantages de l'hydrothérapie.

— Rien de meilleur, de plus salutaire que ce régime, disait-il, il double les forces de l'homme et prolonge sa vie.

— Cependant, interrompit quelqu'un, nos pères, n'en faisaient pas,... et pourtant...

— C'est vrai, ils n'en faisaient pas, mais aussi, ils sont tous morts !...

BIBLIOGRAPHIE

—

1. **Les iodures et la thérapeutique**, Memento pratique, par L. Foucher d'Orléans (1).

Depuis quelques années, les pharmaciens spécialistes sérieux prennent l'habitude de présenter au corps médical de véritables ouvrages, sur les applications dont sont susceptibles leurs médicaments favoris. Parmi ces publications, quelques-unes constituent d'excellentes monographies thérapeutiques, et, dans cette catégorie, nous signalons tout particulièrement le petit livre que vient de publier M. Foucher d'Orléans, pour rappeler à la mémoire des praticiens, d'après les travaux les plus récents, les indications principales de la médication iodurée.

Le travail de M. Foucher est sans prétention ; il se borne à noter consciencieusement l'opinion émise par les maîtres sur les iodures, ces agents curatifs puissants. Ces remèdes de premier ordre, dont le regretté professeur Fonssagrives disait : « Ce sont des dominateurs thérapeutiques sans lesquels la médecine serait impossible ».

(1) Chez l'auteur, 20, boulevard Sébastopol, Paris.

Préoccupé uniquement des trois médicaments qui constituent toute son officine et dont la préparation absorbe tout son temps, M. Foucher a divisé son ouvrage en trois chapitres : Celui de l'iodure de fer, celui de l'iodure de potassium, celui de l'iodure de sodium.

Du premier chapitre nous ne voulons rééditer qu'une vérité, déjà affirmée par la *Gazette des hôpitaux*, *l'Union médicale* et nombre d'autres journaux de médecine, à savoir que l'association de la manne à l'iodure fait des dragées Foucher la préparation la plus exempte de l'inconvénient ordinaire de la médication martiale, la constipation.

Du chapitre consacré à l'iodure de potassium, il ressort nettement que l'auteur a su rester dans son rôle de préparateur consciencieux, ayant souci de divulguer les opinions, sans jamais prétendre imposer la sienne. C'est ainsi qu'il nous cite Bouchardat, Dujardin-Beaumetz, Fournier, Gubler, Huchard, Lancereaux, Potain, Ricord, Sée, Velpeau, etc., etc. ; il nous dit l'avis de ces maîtres sur la valeur des iodures, dans le traitement de la syphilis, de la scrofule et des différents vices fonctionnels ou organiques — depuis l'eczéma le plus bénin jusqu'aux cardiopathies les plus graves ; — il enregistre très exactement les théories émises pour expliquer le mode d'action intime du médicament.

Dans le chapitre consacré à l'iodure de sodium, M. Foucher fait cette déclaration fort sage :

« En somme, l'opinion générale, c'est que l'iodure de sodium agit à peu près comme l'iodure de potassium, avec cette différence qu'il est mieux toléré, dans les cas où l'on est obligé d'administrer un composé iodé pendant longtemps et à haute dose. Le docteur N. Guéneau de Mussy a appelé sur ce fait l'attention de ses collègues à l'Académie de médecine, dans la séance du 27 juin 1883, et, depuis cette époque, nombreux sont les praticiens qui ordonnent l'iodure de sodium. Leur nombre ayant encore augmenté depuis la publication des travaux de MM. Henri Huchard, médecin des hôpitaux de Paris, Feltz et Ritter, de Nancy, j'ai, sur la demande de quelques vieux clients fidèles, préparé des dragées d'iodure de sodium, pour les substituer à mes dragées d'iodure de potassium, dans quelques cas particuliers, que je n'ai pas à indiquer.

« D'après les organes les plus autorisés de la presse médicale (*Bulletin général de thérapeutique*, *Gazette hebdomadaire*, *Revue de Clinique et de Thérapeutique*, *Gazette des hôpitaux*, *Union médicale*, *Praticien*, etc.), cette indication se rencontre surtout lorsque l'iodure est destiné à des sujets que l'on suppose atteints ou menacés de quelques complications du côté du cœur ou des reins.

« Fidèle exécuteur des formules indiquées par les maîtres, bornant mon ambition à présenter aux malades des médicaments élégants, commodes, bien dosés, composés avec des produits d'une pureté absolue, je n'ai pas la prétention de préciser les cas dans lesquels le potassium doit faire place au sodium, je crois pourtant donner une indication utile en appelant l'attention des médecins sur les belles expériences faites au laboratoire de l'hôpital Bichat, expériences décisives montrant que l'iodure de sodium est un dépresseur puissant de la tension sanguine. Cette constatation a

été féconde en résultats, elle a ouvert une voie nouvelle dans le traitement des maladies du cœur et des gros vaisseaux et particulièrement de l'angine de poitrine vraie, affection artérielle par excellence.

« Les praticiens qui voudront des détails plus précis sur l'action de l'iodure de sodium, considéré comme médicament artériel, consulteront avec fruit le mémoire sur la curabilité des cardiopathies présenté au Congrès pour l'avancement des sciences dans la séance du 18 août 1885, et les observations du Dr Bouchard et celles du docteur Huchard, publiées dans le *Bulletin général de thérapeutique*, en septembre 1885 et en octobre 1886. Ils y verront la démonstration irréfutable de ce principe, jadis méconnu, que la précision anatomo-pathologique permet d'instituer une médication, aussi énergique qu'efficace, dans des affections considérées trop longtemps comme incurables. »

L'ouvrage de M. Foucher est complété par une table alphabétique des maladies contre lesquelles les iodures ont été employés efficacement, avec les noms des praticiens qui en ont constaté les effets curatifs.

Dr L. Marx.

II. **Remarques cliniques et opératoires sur une série de 50 laparatomies,** par le Dr Jacobs. Extrait des *Bulletins de la Société Obstétricale de Paris*. Clermont, 1891. (*Sera analysé*).

III. **Etude clinique et thérapeutique sur l'eau-de-vie de Grande champagne,** par le Dr Jeaunet.

IV. **Réflexions sur la prétendue curabilité de la tuberculose par la méthode de Koch,** par le Dr Piogey. Paris, 1891.

V. **Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes** (*Méthode de Thure Brandt*). Paris, Carré, 1891.

Cet ouvrage illustré de 90 gravures originales a pour but de vulgariser la méthode de Thure Brandt dont il est souvent question depuis quelque temps. Les auteurs ont su exposer très clairement les manœuvres diverses qui constituent la méthode du masseur suédois ; leurs descriptions sont faciles à suivre grâce aux figures qui les accompagnent. Nous conseillons la lecture de ce livre à tous ceux, de plus en plus nombreux, qui s'intéressent au massage gynécologique.

VI. **Traité pratique et philosophique du pied bot,** par E. Duval. — précédé d'une préface, par M. Péan.

Sans cesser d'avoir la pratique pour principal objectif, M. Duval a abordé dans son nouvel ouvrage les questions théoriques les plus élevées, tant sous le rapport physiologique que pathologique.

La partie physiologique mérite d'être lue avec attention ; elle contient des considérations aussi nouvelles qu'ingénieuses sur le mécanisme des

mouvements du pied et la description d'une nouvelle articulation du tarse qui paraît avoir échappé jusqu'à ce jour aux anatomistes de profession.

Après quelques pages de philosophie que nous nous contenterons de signaler dans ce compte rendu sommaire, M. Duval aborde la partie réellement pratique de son traité du pied bot.

Après avoir tracé, nous ne craignons pas de dire de main de maître, l'historique de la seule méthode efficace, la méthode moderne de traiter le pied bot, c'est-à-dire la méthode inaugurée par Delpech, et renovée et définitivement implantée dans la science par Stromeyer, M. E. Duval étudie successivement à fond l'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et enfin, le traitement du pied bot.

A propos de cette dernière partie, but spécial de son ouvrage comme de tous ses travaux antérieurs de clinicien, il examine avec le plus grand soin et avec le sens critique le plus profond, les indications de la ténotomie et de ses divers procédés, et démontre par les résultats de l'immense pratique de son père et par la sienne propre que la ténotomie pure et simple, intelligemment et soigneusement appliquée, avec persévérance, est la méthode qui donne les meilleurs résultats ; cette grande conquête de la chirurgie du XIXe siècle, cette nécessité d'un soin extrême et d'une grande persévérance, établie par Vincent Duval, a été, du reste, reconnue et hautement proclamée par l'éloquent professeur Malgaigne dans les célèbres leçons qu'il fit sur l'orthopédie.

Il est à peine utile de dire que ce but final ne sera atteint qu'avec l'aide des machines, car les machines, pas plus que la ténotomie elle-même, ne sauraient constituer seules une méthode. M. Duval n'examine donc pas avec moins de soin les diverses machines et leur mode d'action que les divers procédés de ténotomie.

Les avantages que l'auteur reconnaît à l'association de ces deux puissants moyens d'action, lui fait attacher peu d'importance aux moyens plus récemment inaugurés de traiter les pieds bots, nous voulons parler surtout des opérations pratiquées sur les os du pied et désignées sous le nom de tarsotomies et plus exactement sous celui de tarsectomies. M. Duval ne les condamne pas cependant d'une manière absolue ; mais il professe énergiquement qu'on n'y doit recourir que lorsqu'on a épuisé, *avec soin et persévérance*, l'action de la ténotomie, aidée de celle des machines ; cette doctrine nous paraît de toute sagesse, et dénote, suivant nous, un véritable esprit de clinicien.

En résumé, le nouvel ouvrage de M. Duval, comme son traité d'hydrothérapie, nous paraît répondre aux desiderata des praticiens pour lesquels il est écrit. Nous ne pouvons donc qu'en conseiller vivement la lecture à tous nos confrères.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

21. — Topique contre le carcinome utérin. (Braun.)

Brome..... 2 grammes.
Alcool pur..... 10 —

Mêlez pour usage externe.

Sur le carcinome ulcéré de l'utérus, on dépose des bourdonnets d'ouate imprégnés de cette solution, et on les laisse en place, en les recouvrant de tampons ordinaires. Quant aux parties saines, on les protège au moyen de bourdonnets de coton hydrophile, saupoudrés de benzoate ou de carbonate de soude.

Narcotiques à l'intérieur, pour remédier à l'insomnie et à la douleur.

S'il survient des vomissements : pilules de glace, boissons gazeuses, eau de laurier-cerise.

Injections vaginales désinfectantes avec une solution composée de

Chlorure de chaux..... 2 à 8 gr.
Eau..... 100 gram.

***

22. — Traitement des gerçures du sein par l'aristol. — M. le Dr Vinay indique, dans le *Lyon médical*, le procédé qu'il emploie dans le traitement des gerçures du sein chez les nourrices. Il utilise l'aristol qui abrège notablement la durée des ulcérations et les rend moins douloureuses.

Vaseline liquide..... 20 grammes.
Aristol..... 4 grammes.

Les ulcérations du mamelon siègent en deux points différents, à la base de ce petit appendice, ou bien à son extrémité libre. Cette dernière variété est de beaucoup la plus fréquente, de même qu'elle est la plus douloureuse et la plus grave, c'est elle qui s'accompagne par-

fois du sphacèle de l'organe et qui est le point de départ de la plupart des abcès du sein.

Dans le traitement topique avec la pommade d'aristol, il est nécessaire de répéter les applications après chaque tétée, au moins pendant les premiers jours du traitement. On pince légèrement la base du mamelon avec le pouce et l'index de la main gauche, afin de bien étaler les papilles et de mettre à jour toutes les gerçures, puis avec la main droite armée d'un pinceau trempé dans le mélange on barbouille soigneusement les parties malades. L'action siccative de l'aristol se fait vite sentir, les douleurs diminuent aussi dès le deuxième jour, et il est rare que la cicatrisation n'apparaisse pas le quatrième jour du traitement.

Quant aux ulcérations qui siègent à la base du mamelon, elles sont aussi rapidement modifiées par cette méthode; mais ici encore il est nécessaire de les bien mettre à jour au moment du pansement.

Il est bon d'ajouter à ce moyen l'emploi du bout du sein qui facilite beaucoup la cicatrisation.

(*Journ. méd. et chir. pratiques.*)

***

23. — Les effets de l'acide salicylique sur l'utérus. — Plusieurs médecins français ont montré que l'acide salicylique, grâce aux paralysies vasculaires qu'il entraîne, provoque souvent des hémorrhagies utérines et, en cas de grossesse, l'avortement. Wacker (*Centralblatt für Gynek.*, n° 39), administrant le salicylate de soude comme antirhumatismal à deux femmes enceintes de deux et quatre mois, a vu les sujets avorter. La même dose, prescrite à six accouchées, a déterminé des métrorrhagies ; dans un cas, la métrorrhagie a causé la mort.

Ces propriétés du salicylate de soude ont été utilisées par Wacker pour traiter la dysménorrhée, et, dans 19 cas sur 33, il a obtenu des résultats favorables : le flux est devenu abondant, les douleurs ont cessé.

Le cas de Linhart est intéressant à ce point de vue ; il s'agit d'une patiente observée pendant plus de deux ans.

Une jeune femme atteinte de rhumatisme subaigu, tenace, remarquable par ses nombreuses récidives, essaie divers remèdes, mais ne trouve de soulagement que dans l'emploi du salicylate de soude. Or, chaque fois qu'elle en a pris pendant quelques jours, tandis que

l'état des jointures s'améliore, elle se plaint de troubles gastriques et surtout de douleurs à la région lombo-sacrée ; en même temps la période menstruelle est avancée de deux à sept jours ; les règles, qui jusque-là ne duraient jamais plus de cinq jours, se prolongent pendant huit ou dix jours, sont plus copieuses que précédemment et particulièrement pénibles au lieu d'être, comme d'habitude, indolentes. Ces phénomènes sont d'autant plus nets que le sujet a eu recours plus souvent, pendant le mois, au salicylate de soude. Il arrive même que le médicament rappelle un flux menstruel à peine interrompu. Ces désordres finissent par lasser la malade, qui aime mieux supporter les atteintes du rhumatisme sans les combattre que de s'exposer aux métrorrhagies quand elle n'est pas loin de l'époque des règles.

Après diverses tentatives infructueuses pour conjurer les accidents, l'auteur associe au salicylate l'ergot de seigle. Ce médicament contre-balance l'action vaso-paralysante du salicylate et dès lors la malade peut user de ce dernier sans inconvénient. Quand elle essaie de prendre le salicylate sans ergot de seigle, les métrorrhagies reparaissent.

(*Rev. de thér. méd. clin.*)

***

24. — De la valeur de l'antipyrine comme analgésique pendant et après le travail, par M. J. Phillips. — Cette question a été l'objet de travaux nombreux et récents. Pour l'auteur, l'antipyrine doit être administrée à la dose de soixante-quinze centigrammes pendant la période de dilatation et chez les primipares. Cependant, son action n'est point fidèle et c'est là une cause de son infériorité par rapport au chloral. (*The Lancet*, 20 septembre 1890.)

Pendant la période d'expulsion, elle est plus utile comme analgésique et dans certains cas elle est encore utile après le travail.

Les indications sont celles d'un analgésique et non d'un ocytocique plus actif chez les malades nerveuses que chez les autres. En outre, elle ne modifie donc pas les contractions utérines.

Ces conclusions, ajouterons-nous, sont conformes à celles qui ont été formulées par les autres observateurs.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique.*)

***

25. — Préparations contre la constipation dans la grossesse. — Parmi les laxatifs, Braun (de Vienne) recommande les suivants : l'aloès en pilules, l'infusion de séné ; ou bien :

Racine de rhubarbe.....	10	grammes
Eau bouillante.....	100	—

Faire une infusion, et ajouter :

Carbonate de magnésie.....	10	grammes
Sirop de manne.	25	—

Prendre une cuillerée à soupe d'heure en heure.

Ou bien :

Phosphate de soude.....	25	grammes
Eau distillée.....	100	—
Sirop de framboises.....	20	—

A prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Enfin, s'il existe de l'hyperchlorhydrie avec constipation, on prescrira plus utilement la potion suivante :

Magnésie calcinée.....	10	grammes
Eau distillée.....	200	—
Sirop de manne.....	25	—

Une cuillerée à soupe d'heure en heure jusqu'à effet purgatif.

***

26. — Sur l'abus de la désinfection des organes génitaux externes chez les femmes bien portantes, par le docteur C. Axmann. (*Centralblatt für Gynœkologie*, 1890, n° 37, p. 665). — M. Axmann est placé depuis trente ans à la tête de la Maternité d'Erfurth ; en se basant sur les résultats de son observation personnelle, il se rallie à la thèse défendue aujourd'hui en Allemagne par bon nombre d'accoucheurs et qui consiste à voir de sérieux inconvénients dans l'abus qu'on tend à faire des injections de sublimé et d'acide phénique chez les femmes en couches bien portantes. A la Maternité d'Erfurth, toute femme grosse qui va subir une exploration, est préalablement baignée ; puis on lui fait une injection avec de l'eau chaude (25°). On ne permet aux élèves sages-femmes de pratiquer le toucher qu'une fois qu'elles sont bien familiarisées avec ce

genre d'exploration, par les exercices sur le mannequin. Quant au reste, *le sublimé et l'acide phénique sont considérés comme des toxiques d'un emploi très dangereux entre des mains inexpérimentées.*

Les résultats constatés à la Maternité d'Erfurth, depuis qu'on procède comme il vient d'être dit, sont d'ailleurs excellents : sur un total de 1187 femmes gravides ou parturientes qui ont servi à l'instruction des élèves, 56 seulement ont présenté des élévations de température au-dessus du niveau physiologique. D'autre part, sur 59.044 accouchements faits par les sages-femmes dans le district d'Erfurth, de 1882 à 1885, 193 ont présenté des affections puerpérales, et 76 ont succombé, ce qui donne un taux de morbidité de 3,26 pour 1,000 et un taux de mortalité de 1,28 pour 1,000 !

***

27. — Traitement des fibromes utérins. (Lucas-Championnière.) — Aux femmes atteintes de fibromes utérins, on fait prendre, le matin, à jeun, 50 centigrammes de poudre de sabine, en une seule fois, et cela pendant plusieurs années, en suspendant l'usage du remède pendant trois semaines, tous les deux mois. — Séjour au lit, pendant toute la durée des règles. — Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessent ; le corps fibreux diminue ; les besoins d'uriner s'éloignent ; la constipation disparaît et les menstrues s'établissent régulièrement. — Pendant la belle saison, cure de six semaines à deux mois de durée, aux eaux thermales chlorurées, telles que Salins et Salies-de-Béarn.

***

28. — Traitement de la diphthérite. (Bouchut.) — Le traitement local consiste dans l'emploi de douches antiseptiques, lancées avec une seringue à hydrocèle ou avec un irrigateur. L'enfant assis sur les genoux de la mère, une cuvette sous le menton, est penché en avant, et tient la bouche ouverte. On introduit le bout de l'irrigateur à l'entrée de la bouche, sous les dents supérieures, et on injecte de bas en haut. Le liquide va laver les amygdales et le pharynx, et s'échappe sans pénétrer dans les voies aériennes. — L'auteur se sert d'une solution de coaltar saponiné, qui est préparé au cinquième, et qu'il étend de 4 parties d'eau. Il la préfère à la solution d'acide

phénique pur au millième, qu'il emploie quelquefois, ainsi que la solution d'acide borique à 40 p. 1000. On peut également avoir recours à la solution de salicylate de soude 30 p. 1000 ; à la solution d'acide salicylique à 3 p. 1000 ; à la solution de résorcine à 10 p. 1000. — Les injections antiseptiques doivent être pratiquées toutes les heures, jour et nuit. — En outre, il est bon d'appliquer fréquemment sur les ganglions du cou des couches de pommade iodurée à 6 p. 100. — Comme traitement interne, un vomitif d'abord, puis, pour prévenir l'infection, la résorcine à la dose de 10, 20 ou 25 centigrammes selon l'âge du malade, dans un julep gommeux de 100 grammes.

***

29.— Traitement de l'asthme chez les enfants (Bouchut.) — Le traitement de l'asthme est le même que chez les adultes : il comporte deux indications : 1° enrayer l'accès ; 2° guérir la névrose.

Les médicaments de l'accès sont, au début, les fumigations ou l'emploi des cigarettes contenant de la belladone, de la jusquiame ou des feuilles de datura-stramonium, du papier nitré, les aspirations d'oxygène, d'iodure d'éthyle, etc. ; l'injection hypodermique avec une petite dose de morphine qui procure un soulagement momentané, mais cette méthode doit être employée avec la plus grande circonspection chez les enfants.

La belladone est bien mieux supportée que l'opium, et a l'avantage de pouvoir être continuée plus longtemps. Bretonneau et Guersant, associant un centigramme d'extrait à un centigramme de poudre de belladone, donnaient chaque jour cette dose et la continuaient longtemps.

La teinture de *Lobelia inflata* peut également être donnée à dose progressivement élevée de 20 à 100 gouttes. On a obtenu d'excellents résultats avec la teinture de *Grandelia robusta* à la dose de 15 à 60 gouttes.

Les inhalations de vapeur de pyridine ont permis d'atténuer l'intensité de l'accès d'asthme. Cette substance atténue le pouvoir excito-moteur de la moelle, dilate les vaisseaux périphériques, en vertu de son action paralysante sur les nerfs vaso-constricteurs, et augmente l'amplitude de la respiration, en même temps que les mouvements respiratoires se régularisent et diminuent de fréquence.

Le traitement curatif de l'asthme se borne à l'emploi presque exclu-

sif de l'iode sous ses diverses formes, mais surtout à celui de l'iodure de potassium. L'action antidyspnéique de cet agent sur l'encéphale et particulièrement sur le bulbe est certaine. Il modère le pouvoir excitateur du centre vital et régularise la répartition de l'influx nerveux.

Malheureusement, certaines organisations ne peuvent supporter longtemps l'usage de ce spécifique de l'asthme sans ressentir certains accidents de l'iodisme : c'est ainsi que les asthmatiques présentant de l'hyperémie de la muqueuse nasale sont plus facilement que d'autres atteints d'iodisme avec les manifestations du côté des muqueuses naso-gutturales. Les badigeonnages de ces parties malades avec une solution de cocaïne au centième seront alors ajoutées ou substituées momentanément au traitement iodé et réussiront souvent d'une manière complète.

Dans les asthmes cutanés, l'iodothérapie peut être aussi contre-indiquée comme aggravant la dermatose. Parfois enfin l'amaigrissement et la déperdition des forces obligent à interrompre le traitement. La pyridine en aspiration, la teinture de grindelia, l'arsenic et les séances d'aérothérapie par l'air comprimé, bien dirigées, sont alors les seuls moyens qui restent à la disposition du praticien.

Le traitement iodé est celui de l'asthme non diathésique ; il est insuffisant ou même contre-indiqué, quand la maladie a une origine héréditaire ou tellurique. Dans ce cas, le traitement de la diathèse ou celui de la pyrexie devra s'ajouter à celui de la névrose.

Les asthmatiques atteints d'impaludisme ajouteront le sulfate de quinine à l'iodure de potassium.

***

30. — Traitement du sclérème des enfants nouveau-nés. — Un enfant nouveau-né qui, par suite d'alimentation insuffisante, d'inanition ou du froid, perd la température propre à l'être vivant pour prendre graduellement celle du milieu ambiant, peut être atteint de cette affection caractérisée par un endurcissement de la peau et du tissu adipeux, avec infiltration plus ou moins prononcée de sérosité dans le tissu cellulaire. Comme chez tout individu dont la peau ne fonctionne pas, il ne tarde pas à se produire un collapsus pulmonaire qui entraîne rapidement la mort.

Traitement. — Donner le lait d'une bonne nourrice ; alimenter à la cuiller, si l'enfant n'a pas la force de téter.

Potion stimulante au sirop d'éther avec eau de menthe, eau de mélisse, eau de cannelle, eau d'anis étoilé additionnée de bonne eau-de-vie ou de vin de Grenache, de Malaga, de Porto (une cuillerée à café par 60 grammes de véhicule).

Avoir soin de donner ces liquides à la température de 35° à 37° ; on ne doit jamais donner à boire froid à l'enfant qui n'a déjà que trop de tendance à se refroidir.

A l'extérieur, frictions excitantes avec de la laine chaude imbibée d'huile camphrée, de liniments avec essence de romarin, de lavande, de teinture de cantharide ; deux fois par jour, bains au vin chaud, à l'eau additionnée de farine de moutarde, bains de vapeur ; enveloppement de sable chaud, d'ouate et surtout de lainage. Les massages seraient très utiles (Legroux).

Maintenir la chambre à une température sèche et élevée.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

***

31. — Traitement de la cystite chez la femme. — (T. L. Tusntlla.)

Citrate de potassium	15 grammes
Extrait fluide de *triticum repens* }	ãã 30 —
Teinture de jusquiame }	
Extrait fluide de *buchu*	15 —
Eau	q. s. p. f. 120 gr.

M. D. S. — A prendre, trois à quatre fois par jour, une cuillerée à café dans un verre à bordeaux d'eau.

***

32. — Traitement de la gingivite des femmes enceintes.

Hydrate de chloral	5 grammes
Alcoolat de cochléaria	5 —

***

33. — De l'intervention opératoire dans la grossesse compliquée de cancer utérin, par M. Sutugni. — Il s'agit de deux cas d'amputation du col utérin cancéreux dans la grossesse, cas

dans lesquels on intervint au début du travail. Les mères succombèrent, l'une au choc opératoire, l'autre à une péritonite secondaire : mais les deux enfants vécurent. (*Zeitschrift f. Geburtshülfe*, Bd. 19, Heft 1, 1890.)

Que faire dans un cas semblable ? On peut tenter l'opération césarienne quand la grossesse est avancée.

Reconnaît-on cette tumeur de bonne heure ? M. Sutugni conseille l'extirpation de l'utérus. Il le prouve par le récit d'observations dans lesquelles, le cancer étant limité au col utérin, on amputa celui-ci sans compromettre la vie de l'enfant et sans amener de complications funestes pour la mère.

***

34. — Liniment contre les crevasses du mamelon. (Scarff.)

Beaume du Pérou.....	ââ 2 grammes
Teinture d'arnica.....	
Huile d'amande douce.....	30 —
Eau de chaux.....	15 —

Mêlez. Onctions sur le mamelon crevassé chaque fois que l'enfant a fini de têter.

(*Nouveaux Remèdes.*)

***

35. — Traitement de la péritonite tuberculeuse par la ponction suivie de lavage. — Spencer Wells, en 1862, fit une laparotomie à une femme qu'il croyait atteinte d'un kyste de l'ovaire. Cette femme, atteinte en réalité de péritonite tuberculeuse, guérit à la fois de son opération et de sa péritonite et si parfaitement que l'an dernier, c'est-à-dire vingt-sept ans après, elle était encore en très bonne santé. Le même fait s'est reproduit plusieurs fois depuis cette époque, si bien qu'aujourd'hui, dans la péritonite tuberculeuse, les chirurgiens conseillent franchement d'ouvrir le péritoine et de faire un lavage de la séreuse.

Peut-être le lavage du péritoine sans laparotomie aurait-il le même résultat. Chez une jeune femme de 28 ans, atteinte d'une péritonite tuberculeuse non douteuse, vérifiée par l'inoculation du péritoine à trois cobayes, M. Debove retira, le 12 juillet, par une ponction, six litres de liquide citrin, puis il fit un lavage avec deux litres d'eau satu-

rée d'acide borique : la température, qui était de 38° le matin de l'opération, s'éleva le soir à 40°4, mais elle baissa les jours suivants. L'état général, très mauvais avant l'opération, s'améliora ; depuis deux mois la malade a repris des forces et elle a gagné douze livres. On peut croire à une guérison.

Dans de nombreux cas de péritonite tuberculeuse, chez des malades morts ultérieurement de tuberculose pulmonaire, on a vu à l'autopsie le péritoine redevenu tout à fait lisse alors qu'avant l'opération il était parsemé de granulations. Le fait de la disparition de granulations tuberculeuses par un simple lavage est donc prouvé quoique bien extraordinaire. Pour laver un péritoine, il n'est pas nécessaire de l'ouvrir, et malgré les progrès extraordinaires de la chirurgie antiseptique, la laparotomie est une opération grave qu'il faut éviter quand elle ne s'impose pas. (*Paris méd.*)

***

36. — Traitement de la rétention placentaire par le curage utérin. (Demelin.) — Une difficulté considérable provient de ce que du seigle ergoté aura été administré intempestivement et aura emprisonné le délivre dans la cavité utérine. On essaiera encore d'y pénétrer, mais il faudra manœuvrer avec prudence et douceur, et trop souvent on devra renoncer à extraire le placenta. Il faudra attendre, faire des injections intra-utérines, lutter contre la contracture utérine à l'aide de l'opium, du chloral, du chloroforme. Malheureusement l'effet de l'ergot se prolonge pendant plusieurs jours, et, pendant ce temps, le placenta se putréfie et la septicémie s'installe. La mort de la patiente est trop souvent inévitable.

S'il s'agit d'un avortement suivi de rétention placentaire, on devra se comporter comme nous l'avons dit dans un précédent article : faire le toucher intra-utérin, se rendre compte du degré de l'adhérence placentaire et de son étendue en surface et, si les accidents menacent, décoller le délivre avec les doigts, puis faire ensuite des lavages intra-utérins. Le curage n'est pas nécessaire dans la majorité des cas ; il ne peut s'appliquer qu'à des circonstances spéciales, et à la condition d'être toujours guidé par un doigt ou deux introduits dans la cavité utérine. On évitera ainsi de léser des surfaces saines, et d'accroître par suite les chances d'infection.

***

37. — Traitement du placenta prævia. — M. Wyder a fait, au 2e Congrès des médecins suisses, à Zurich, une communication importante que nous résumons d'après le procès-verbal du *Progrès médical*. Nous connaissons un grand nombre de méthodes pour combattre cette anomalie obstétricale aussi dangereuse pour la mère que pour l'enfant. Il ne s'agit ici que de deux d'entre elles : le tamponnement de l'utérus et la version combinée. La première de ces méthodes est encore très répandue dans la pratique médicale, malgré ses nombreux désavantages. Le tamponnement n'arrête pas sûrement l'hémorrhagie, sans compter qu'il est presque impossible dès que la poche a crevé. Si l'on tamponne avec de la ouate, les tampons sont bientôt imbibés d'un sang qui se décompose très vite, et doivent être renouvelés fréquemment. Ces manipulations peuvent provoquer une recrudescence de l'hémorrhagie. En outre, le danger de l'infection est beaucoup plus considérable ; le segment utérin inférieur est des plus délicats et peut très facilement être lésé. La version combinée réduit tous ces désavantages au minimum. La poche une fois crevée, le placenta cesse de se détacher de la paroi utérine. En outre, par une version prématurée, on parvient à arrêter complètement l'hémorrhagie. Mais la version ne doit pas se faire de la manière ordinaire, on doit pratiquer la version combinée jusqu'à ce qu'on soit parvenu à saisir un pied et à l'attirer dans l'orifice utérin. Le bassin de l'enfant est le meilleur des tampons. A partir de ce moment, on doit laisser l'accouchement suivre normalement son cours, à moins que l'état de la mère ou celui de l'enfant n'exige une prompte délivrance. Si l'extraction devient nécessaire, il faut procéder tout doucement et avec une grande lenteur. On peut souvent attendre l'expulsion normale du placenta sans qu'il soit nécessaire de le détacher. L'objection principale que l'on fait à cette méthode est la grande mortalité qui en résulte pour les enfants. La chose est exacte jusqu'à un certain point ; mais comme d'un autre côté la mortalité des mères est considérablement réduite, il est certain qu'il n'y a pas à hésiter. La vie d'une épouse et d'une mère de famille a incontestablement plus de valeur que la vie problématique de l'enfant. Avec la méthode du tamponnement, la mortalité des mères était de 30 à 40 p. 100, celle des enfants de 50 à 75 p. 100. Par la méthode de la version combinée, on est arrivé à n'avoir à la Charité, à Berlin, sur 107 cas de *placenta prævia*, que 7 cas de mort de la mère, soit 6,5 p. 100, la mortalité des enfants s'est élevée à 78 p. 100, donc pas beaucoup supérieure à

celle de l'ancienne méthode. Dans les cas où le tamponnement est indiqué, c'est-à-dire pendant la grossesse ou tout au commencement de l'accouchement, lorsque le travail est encore très faible, l'auteur recommande d'employer la gaze iodoformée au lieu du tampon d'ouate.

(*Revue de thér. médico-chirurgicale.*)

***

38. — Onguent contre la pigmentation des femmes enceintes.

Beurre de cacao.....	ââ 75 gr.
Huile de ricin.....	
Oxyde de zinc pur.....	30 centigr.
Oxyde mercurique jaune.....	15 —
Essence de roses.....	X gouttes.

M. s. a. — Frictionner deux fois par jour les parties du corps affectées.

(*Gaz. de Gyn.*)

***

39. — Injections sous-cutanées de caféine dans le traitement des hémorrhagies puerpérales. — Le Dr Miraschi recommande l'emploi des injections de caféine dans les cas d'hémorragie post-partum, lorsqu'il y a intérêt à agir rapidement, surtout lorsque le médecin arrive après que la patiente a déjà eu une hémorrhagie. Ce traitement peut avoir certains avantages à la campagne, s'il est arrivé au médecin, par exemple, d'avoir à soigner des cas de maladies infectieuses, diphtérie ou érysipèle, et qu'il n'a pu procéder à une désinfection complète de ses mains. Suivant l'auteur, la caféine agit plus rapidement que l'ergot et produit un meilleur résultat que l'éther, bien que ce dernier soit un stimulant plus rapide. La caféine est administrée en solution qui sert aux injections hypodermiques ; chaque injection renferme 20 centigrammes de caféine et l'on fait 3 ou 4 injections de suite, ce qui fait au total 80 centigrammes de caféine. Pour faciliter la dissolution, on emploie du benzoate de soude, les deux substances se dissolvent dans l'eau chaude. En résumé, la caféine injectée arrête l'hémorrhagie et agit comme stimulant ; en conséquence, l'auteur recommande de porter sur soi des pa

quets de benzoate de soude et de caféine. (*Centralblatt f. Gynecologie*, 27, 1890.)

***

40. — Pommade contre les taches pigmentées de la grossesse. (M. VON MONNIER.)

Oxyde de zinc.	4 grammes.
Précipité blanc.....	10 centigr.
Huile de ricin.....	8 grammes.
Essence de roses.....	X gouttes.
Beurre de cacao.....	8 grammes.

M. s. a. — Application matin et soir.

***

41. — Traitement des règles profuses.

Ergotine.....	40	gram.
Glycérine.....	20	—
Acide salicylique.....	2	—
Eau distillée.....	75	—

Une cuillerée à bouche de cette solution diluée dans trois cuillerées à bouche d'eau à injecter dans le rectum une fois par jour après selles évacuées.

(*Am. Praction.*)

***

42. — Traitement de l'herpès génital. (H. FEULARD.) — Dans le cas d'herpès génital discret, lotions avec l'eau blanche très affaiblie, de l'eau vinaigrée, du vin aromatique. Saupoudrer les petites ulcérations avec de la poudre de bismuth, du talc, de l'amidon. — Si les ulcérations tendent à persister, on les touche soit avec une solution très faible, contenant 4 à 8 décigrammes de nitrate d'argent pour 20 grammes d'eau, soit avec une pommade renfermant la même proportion de sel d'argent pour 20 grammes de vaseline. — Dans le but de prévenir les récidives, on interpose entre les lèvres vulvaires de la charpie sèche ou imbibée de substances toniques et astringentes. — Comme traitement général dans les cas d'herpès idiopathique, on administre un vomitif ou un éméto-cathartique. — Alimentation non excitante, abstinence d'alcool, cure aux eaux d'Uriage.

***

43. — Extirpation vaginale de l'utérus. — Les indications à l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. — WILLIAMS (de Londres), dans sa communication, traite des indications de cette opération dans les cas de cancer de l'utérus.

Ces indications varient suivant que le cancer siège sur le corps utérin, sur le col ou sur la portion vaginale du col.

Dans le cancer du corps, les indications dépendent : 1° du volume de l'utérus ; 2° de la mobilité de l'utérus et de l'existence d'adhérences ; 3° de l'extension de la maladie au voisinage ou à des organes éloignés.

Dans le cancer du col et de la portion vaginale, l'opération est-elle indiquée ?

Cette question peut être résolue au moyen de deux sortes de preuves :

1° *Preuves pathologiques* :

A l'histoire du cancer, quand l'opération n'est pas contre-indiquée par sa durée, par le siège de son origine, la direction de son développement, le temps depuis lequel l'organe est envahi par le cancer.

2° *Preuves cliniques* :

Envahit-il le corps de l'utérus avant que le tissu péricervical soit affecté ? Y a-t-il des cas où cette condition puisse s'expliquer, par extension, par l'apparition de dépôts secondaires, par deux différents points d'origine. (*Gaz. de Gyn.*)

***

44. — Du curage de l'utérus dans la septicémie puerpérale.— Faut-il alors recourir au grattage de l'utérus ou au curage ? C'est là une méthode fort préconisée depuis quelques années, qui a été très à la mode en Allemagne, pour être bientôt abandonnée, et qui tend à s'introduire chez nous. A la vérité, il semble que l'on ne doit pas trop y compter.

Dans les cas d'infection que nous supposons, alors qu'il n'y a pas de débris placentaires dans l'utérus — ou les accidents sont légers et les injections suffisent ; — ou la paroi de l'utérus est prise de part en part, les lymphatiques ont absorbé le poison pour le transporter au loin, et le grattage restera, lui aussi, impuissant.

Dans le cas où un morceau de cotylédon est resté dans l'utérus seul

ou avec des lambeaux de membranes, la fièvre va s'allumer vers le quatrième jour, des hémorrhagies se feront et l'on assistera au tableau de l'infection putride sans tendance aux suppurations. C'est ici que le curage est surtout préconisé. La curette ou l'écouvillon doit ramener tous les débris restés dans l'utérus. C'est parfait en théorie ; mais en pratique, le curage agit à l'aveugle, passe à côté d'un morceau de placenta, le laisse dans l'utérus, et on l'y retrouve à l'autopsie. Il y a mieux à faire : introduire la main dans l'utérus ; au besoin si l'orifice interne est trop étroit, se contenter d'y insinuer un ou deux doigts, ou mieux dilater mécaniquement le col, avec l'instrument de Sims, par exemple, et aller pratiquer le toucher intra-utérin. On reconnaîtra les morceaux de cotylédon ou de membranes, on les décollera et on les extraira. S'ils sont adhérents au point de résister au doigt, on pourra, dans ce cas seulement, se servir d'une curette, mais alors l'instrument sera guidé par la main introduite dans l'utérus, limitera son action au point voulu au lieu de transformer toute la surface interne de l'utérus en une vaste plaie qui favorise encore l'introduction des germes, bien loin de guérir le mal. Les injections intra-utérines, le sulfate de quinine, l'alcool trouvent ici encore leur application.

FORMULAIRE

—

Traitement médical de l'endocervicite catarrhale (Formulaire 405). *Des applications locales de cocaïne.* (Jules Chéron.)

Chez un certain nombre de malades, une affection légère de l'utérus suffit à troubler plus ou moins sérieusement la santé générale et à produire des accidents réflexes du côté des organes digestifs, du système respiratoire, du système circulatoire, etc., ou bien à éveiller des crises d'asthme, de rhumatisme, de névralgies, etc., etc. Or, ainsi que nous l'avons démontré dans nos études précédentes, la muqueuse du canal cervical est la zone réflexogène par excellence de l'appareil utéro-ovarien. Faire disparaître la lésion du canal cervical ou même faire cesser l'irritation partie de ce canal, c'est donc, dans certains cas, faire le plus grand bien aux malades. C'est pourquoi nous

avons songé à faire des applications locales de chlorhydrate de cocaïne pour calmer la sensibilité locale en même temps que pour empêcher la production des réflexes utérins.

L'action anesthésique des muqueuses que possède la cocaïne permettrait, en effet, d'en attendre de très bons résultats dans les endocervicites douloureuses. En outre, son action légèrement styptique pouvait rendre des services contre l'exagération des sécrétions du canal cervical de même qu'elle se montre utile dans les autres catarrhes des muqueuses accessibles à un traitement local. Enfin, son action antiseptique, pour être légère, n'était pas complètement négligeable.

Le chlorhydrate de cocaïne remplit donc les principales indications dans les endocervicites catarrhales accompagnées d'hyperesthésie locale et de phénomènes douloureux réflexes.

Aussi nous n'avons eu qu'à nous en louer dans les conditions que nous venons de préciser.

Nous avons recours habituellement à la formule suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	2 grammes
Eau distillée.....	30 grammes

Le mode d'emploi est des plus simples. Après avoir nettoyé soigneusement le canal cervical avec un peu d'ouate hydrophile enroulée autour d'un applicateur de Playfair, on fait une application de cocaïne en laissant l'instrument en place pendant 3 à 4 minutes. Il est bon, pour être sûr d'agir sur tous les points de la muqueuse, de faire cette application avec un cône d'ouate remplissant exactement le canal cervical, c'est-à-dire aussi volumineux que le permet la disposition des parties.

Il est inutile d'ajouter que, s'il existe des ectropions douloureux au toucher, les ectropions doivent être également badigeonnés avec la même solution de cocaïne.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Traitement des suppurations pelviennes.

Le traitement des suppurations pelviennes est à l'ordre du jour ; on trouvera dans la *Revue des Sociétés savantes* le compte-rendu de la discussion soulevée récemment à la Société de chirurgie par M. le Dr Segond, dont l'importante communication mérite mieux qu'une simple analyse et devra nous fournir le sujet d'une de nos prochaines Revues de gynécologie.

La lutte est engagée désormais entre les partisans de la castration tubo-ovarienne et les partisans de la castration utérine. Jusqu'à ces derniers temps M. Péan, auquel on doit cette remarquable conquête de l'hémostasie provisoire ou définitive par la forcipressure et auquel revient l'honneur d'avoir montré tout le parti qu'on peut tirer du morcellement de l'utérus dans l'hystérectomie vaginale était le seul chirurgien qui défendit la castration utérine dans les suppurations pelviennes. La pratique généralement suivie était celle préconisée par Lawson Tait qui intervient toujours par la voie abdominale car il concentre toute son attention sur les lésions des annexes et considère les lésions utérines comme négligeables. Il y a en ce moment un mouvement de réaction contre la laparotomie et l'intervention vaginale recrute des partisans dont le nombre est certainement destiné à s'accroître d'après la tournure que prennent les discussions de

la Société de chirurgie. Pour nous qui avons dès le début (1) pris parti du côté de la castration utérine, nous ne pouvons qu'applaudir à cet affranchissement de la chirurgie française.

Le moment est donc bien choisi pour reproduire le manuel opératoire suivi par M. Péan, ce que nous allons faire d'après le *Bulletin médical* (2), réservant pour une autre revue le résumé de la communication de M. Segond et la discussion des indications de l'opération de Péan.

« Les précautions préliminaires, dit M. Péan, sont les mêmes que pour toutes les opérations de ce genre : purgation, traitement opiacé.

Le pubis, les grandes lèvres doivent être rasés, le vagin soigneusement désinfecté et aseptisé par des injections au sublimé.

Opérateur et aides doivent se conformer aux règles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

La malade chloroformée est couchée dans le décubitus latéral gauche, le membre inférieur droit replié sur la poitrine, le gauche allongé. L'opérateur se place en face du vagin et fait abaisser ou relever la table d'opération de façon à ce que le siège de la malade soit — l'opérateur étant assis — à peu près à la hauteur de sa poitrine. L'aide de gauche se tient debout entre la jambe droite repliée et la gauche étendue.

L'aide de droite est en dehors de cette dernière.

Un troisième aide est chargé de relever la fesse droite ou supérieure.

Dans un premier temps, les aides placés de chaque côté rétractent avec quatre valves plates de notre modèle, les parois du vagin de façon à permettre à l'opérateur de voir les lèvres du col de l'utérus et de les attirer à la vulve avec la pince de Museux, que nous avons fait modifier.

Cette pince doit avoir des dents assez larges pour éviter la déchirure du tissu utérin devenu souvent très friable.

(1) Le traitement des abcès tubo-ovariens à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie. *Revue des maladies des femmes*, juillet 1890.

(2) Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes. *Bull. médical* 1890, p. 633.

Le col est alors désinséré dans toute sa hauteur.

Pendant cette désinsertion, les vaisseaux de l'espace péritonéo-vaginal, saignent presque toujours assez abondamment. C'est du reste la règle, toutes les fois qu'on opère dans une région voisine d'un tissu enflammé.

Si l'hémorrhagie, par son abondance, devient gênante, on l'arrête en plaçant sur les vaisseaux sectionnés quelques pinces hémostatiques.

Immédiatement après la désinsertion, on ouvre les culs-de-sac péritonéaux.

A ce moment, lorsque la collection purulente occupe ces culs-de-sac ou le tissu cellulaire péri-utérin, le pus sort en abondance.

Mais cet écoulement n'est qu'un épisode sans importance.

Qu'il se produise ou non, la règle que suit l'opérateur est toujours la même.

Il doit, dans un second temps, lorsque la castration lui paraît indiquée, détacher avec les doigts, les faces antérieure et postérieure de l'utérus.

Pendant ce temps, et à mesure que ce dégagement a lieu, les valves sont introduites plus profondément, de façon à écarter du champ opératoire, le péritoine décollé et à protéger la vessie et les uretères.

Il ne reste plus qu'à pincer et à sectionner les ligaments larges.

Nous plaçons à cet effet, sur la base de l'un de ces ligaments, deux ou trois pinces-longuettes à mors droits ou courbes, en ayant soin de sectionner toutes les parties pincées avant d'appliquer une nouvelle pince.

La section doit être faite le plus près possible du tissu utérin.

Il ne faut jamais songer, comme l'ont fait à tort quelques chirurgiens dans le cancer de l'utérus, à pincer d'un seul coup chaque ligament de bas en haut dans toute sa hauteur. En agissant ainsi on s'expose à serrer entre les mors de la pince un des uretères ou une anse d'intestin.

L'opérateur doit toujours voir et savoir ce qu'il fait. Lorsque l'un des ligaments larges a été sectionné, rien n'est plus facile

s'il n'existe pas d'adhérences, que de faire basculer dans le vagin le fond de l'utérus, de pincer de haut en bas l'autre ligament large et de libérer la matrice.

Mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple.

La section progressive de bas en haut, de l'un des ligaments larges, d'ailleurs si avantageuse, ne permet pas toujours d'enlever l'utérus d'une seule pièce.

Le chirurgien est souvent obligé de recourir au morcellement de cet organe, pour arriver à la partie supérieure de l'utérus qu'il peut dès lors facilement dégager des parties voisines, soit par simple décollement soit par section après pincement préventif.

C'est le seul moyen d'enlever cet organe complètement sans crainte de léser les parties voisines, lorsqu'il existe des adhérences entre l'utérus et les viscères pelviens.

Telle est la meilleure méthode d'hystérectomie vaginale totale dans les cas de suppuration de l'utérus et de ses annexes. Lorsque cet organe a été enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes, et d'exciser les trompes et les ovaires si on le juge nécessaire.

Ces opérations complémentaires se font rapidement et sans qu'on ait à redouter une hémorrhagie grâce au pincement préventif.

Le pansement consiste à tamponner le vagin avec des éponges ou des tampons saupoudrés d'iodoforme.

Une sonde est laissée à demeure dans la vessie pendant les premiers jours. Elle prévient les rétentions d'urine si fréquentes après les opérations qui portent sur le vagin et l'utérus.

Les pinces qui avaient été placées pendant l'opération sur les ligaments larges et les vaisseaux de quelque importance, ne sont retirées qu'après trente-six ou quarante-huit heures. Après ce laps de temps, l'hémostasie est définitive même pour des vaisseaux de gros calibre.

On est de ce fait dispensé de lier les vaisseaux et de fermer la plaie vaginale. On gagne ainsi un temps extrêmement précieux.

A partir du moment où les pinces sont enlevées on fait jour-

nellement, et même plusieurs fois par jour, des injections d'eau sublimée ou phéniquée.

Il est vraiment merveilleux de voir combien sont favorables les suites opératoires.

Dès les premiers jours, la température, qui était de 40 à 41 degrés, le pouls qui était petit, filiforme, rapide (120 à 140 pulsations), reviennent à la normale. La teinte terreuse des téguments s'efface ; les troubles gastriques disparaissent, le moral se relève. La vessie et le rectum reprennent leur fonction et la convalescence marche à grands pas.

Bien que nous ayons opéré plus de 50 malades dans les conditions les plus fâcheuses, nous n'avons eu aucune mort à déplorer. Les récidives ne sont pas à redouter. Les malades sont guéries radicalement, puisque l'utérus, qui contribue avec les ovaires et les trompes à produire les douleurs insupportables que nous avons signalées, est enlevé dans sa totalité.

Telle est donc la ligne de conduite que nous suivons toutes les fois que la suppuration est grave et étendue. C'est celle qui nous paraît la plus rationnelle et qui nous a donné les meilleurs résultats. »

J. C.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

par les voies naturelles,

Par le Dr Jules Chéron, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

Observation LXXVIII.

Oblitération du méat cervical par une bride cicatricielle laissant un pertuis à droite et un pertuis à gauche, tous deux très étroits. — Dysménorrhée. Section de la bride et débridement conoïde du col. — Drainage. Guérison.

Mme X.., 27 ans, vient me consulter, pour la première fois, au mois de janvier 1886 pour des troubles dysménorrhéiques.

Sa santé a été excellente jusqu'à il y a 3 ans, époque à laquelle elle a accouché après un travail lent et douloureux. Elle éprouve des douleurs dans la région lombaire avec irradiation sur la paroi abdominale, aux aines et dans le bas-ventre. La marche et la station debout prolongée sont pénibles.

Depuis son retour de couches qui s'est effectué à l'époque normale les règles sont devenues très douloureuses et, à chaque époque, les douleurs vont en augmentant, précédant de cinq jours l'apparition de l'écoulement qui est très peu abondant et ne dure que deux jours. Avant le mariage, la malade était réglée abondamment pendant quatre jours par mois et n'éprouvait aucune douleur pendant ce temps.

Pertes blanches peu abondantes, mais épaisses et empesant le linge. Constipation habituelle, peu d'appétit, gonflements de l'estomac après les repas, renvois gazeux inodores, envies fréquentes d'uriner. L'examen par la palpation est négatif ; on trouve seulement les points habituels de la névralgie lombo-abdominale.

Au toucher, col cylindrique, volumineux ; on ne se sent pas l'orifice externe bien net ; l'utérus est de consistance normale, en antéversion mobile dans tous les sens ; les culs-de-sac sont libres et dépressibles.

Au spéculum, le col est d'apparence normale, sauf le volume, et l'existence d'une bride cicatricielle occupant le milieu de l'orifice externe et laissant, à droite et à gauche, un pertuis très étroit. Par chacun de ces pertuis, j'introduis un fin stylet et je puis voir que la bride remonte seulement de un centimètre dans la profondeur du canal cervical qui semble sain. Je ne puis passer l'hystéromètre.

Dans ces conditions, je crois pouvoir attribuer la dysménorrhée et la névralgie lombo-abdominale à cette oblitération partielle du canal cervical et je propose à la malade une opération qu'elle accepte pour la fin du mois de janvier, dix jours après son époque qui a été très pénible comme les précédentes.

Cette opération est faite avec l'assistance du Dr Fauquez, médecin adjoint de Saint-Lazare et de M. Batuaud, mon interne.

La malade ayant été placée sur une table recouverte d'un matelas, est mise dans la position ordinaire de l'examen au spéculum, les pieds appuyés sur des chaises ; l'un des aides est chargé des accumulateurs, l'autre des instruments.

Le col est mis à nu à l'aide de mon spéculum à crémaillère trans-

formé en spéculum plein au moyen d'une carte roulée en cylindre et placée entre les deux valves de l'instrument. Irrigation phéniquée froide. Anesthésie avec le chlorhydrate de cocaïne en solution à dix pour cent.

J'essaie de contourner avec un fil de platine la bride cicatricielle, ainsi que j'avais pu le faire dans un cas analogue (1) mais je ne puis y réussir. Je me décide alors à débrider les deux pertuis latéralement avec la flèche du galvano-cautère, en agissant de dehors en dedans, car la flèche ne pouvait pas pénétrer d'emblée.

Lorsque j'eus pu me faire ainsi un passage, je sectionnai, en plusieurs temps, la bride cicatricielle avec la serpette du galvano-cautère. Après chaque section, irrigation phéniquée froide. La sensibilité commençant à devenir vive, nouvelle application de cocaïne.

La bride complètement sectionnée, je pus introduire un hystéromètre et voir qu'en dessus, le canal cervical était perméable et la cavité utérine normale. Il ne me restait plus qu'à pratiquer l'excision conoïde comme dans les cas de sténose ordinaire. Celle-ci fut faite ainsi que je l'ai indiqué plus haut sans aucune difficulté.

La malade n'a pas perdu de sang pendant toute l'opération. La cavité du col est bourrée avec de la gaze iodoformée ; pansement glycériné. Repos au lit ; glace sur le ventre ; potion bromurée ; sulfate de quinine.

Au bout de huit jours, l'eschare tombe sans hémorrhagie. Attouchement à la résorcine ; la gaze iodoformée détermine de la douleur et doit être enlevée ; pansement glycériné.

Une semaine après, la réparation de la perte de substance est assez avancée pour qu'on puisse toucher toute la surface excisée sans déterminer de douleurs. Je place alors un gros drain en anse, préparé spécialement pour ce cas, moins long et plus volumineux que mes drains ordinaires. Pansement glycériné. Repos au lit pendant quatre jours.

Le drain est très bien supporté.

Rien à noter dans les suites ; les règles sont venues à l'époque habituelle, sans douleurs cette fois, et ont duré 3 jours. Bientôt je pus enlever le drain et permettre à la malade de reprendre son train de vie ordinaire, on introduisait facilement l'extrémité unguéale de l'index dans la cavité du col ; la névralgie lombo-abdominale

(1) Voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, juillet 1879.

n'existait plus et les troubles digestifs s'étaient notablement amendés.

J'ai eu l'occasion de voir la malade qui fait le sujet de cette observation, pendant le mois de mars 1888, deux ans après l'opération et j'ai pu constater que la béance du canal cervical s'était parfaitement maintenue ; les troubles de la santé relatés plus haut avaient complètement disparu ; actuellement, les règles ne sont pas douloureuses et durent quatre jours comme avant le mariage.

Observation LXXIX.

Sténose acquise de l'orifice externe. Débridement au bistouri suivi de récidive rapide. — Excision conoïde avec le galvano-cautère. — Drainage. Guérison.

Mme X..., 22 ans, vient me consulter au mois de février 1886.

Réglée à 13 ans, mariée à 20 ans, elle a eu deux enfants, le dernier il a huit ans ; les accouchements ont été naturels et faciles, les suites de couches normales. Depuis cette époque, la malade a toujours eu des douleurs dans la région lombaire, dans le bas-ventre et dans les aines; les douleurs sont surtout très vives avant et pendant les règles.

Elle a été soignée à plusieurs reprises pour une ulcération du col ; il y a 6 mois, on lui a fait un débridement « aux ciseaux ou au bistouri elle ne peut pas trop spécifier » pour une sténose du col.

L'examen permet de reconnaître une sténose très marquée de l'orifice externe qui permet à peine l'introduction d'un petit hystéromètre.

Pendant un mois nous soignons la névralgie lombo-abdominale et nous pratiquons des pansements glycérinés pour décongestionner le col qui était violacé lors du premier examen ; les règles reviennent à peu près aussi douloureuses qu'auparavant. Je propose à la malade l'excision conoïde au galvano-cautère, en lui affirmant que la sténose ne se reproduirait pas, grâce à la section large et au drainage consécutif.

L'opération fut pratiquée à la fin du mois de mars par le procédé décrit plus haut.

Vers le milieu du mois d'Avril, huit jours après les règles qui n'ont pas été douloureuses, je placé deux petits drains en anse dans la cavité du col obtenue par l'opération. Suites normales.

Les règles suivantes s'étant très bien passées, je retire alors les drains après avoir constaté, par le toucher, que le canal cervical avait bien gardé la forme en entonnoir.

La malade est venue me voir cette année 1888, pour savoir si elle n'était pas enceinte, les règles ne s'étant pas montrées à l'époque précédente. Sans pouvoir, dès ce moment, affirmer l'existence d'une grossesse, je pensai que c'était l'hypothèse la plus vraisemblable, l'état de santé de cette malade étant excellent. A ce propos, je touchai le col et je constatai que la sténose ne s'était pas reproduite et que l'extrémité unguéale de l'index pouvait être introduite sans peine dans la cavité du col.

Cette observation est d'autant plus démonstrative qu'un premier débridement au moyen de l'instrument tranchant, avait été suivi d'une récidive rapide de la sténose de l'orifice externe. J'ai vu un autre cas du même genre ; lorsque j'ai eu recours à l'excision conoïde par le galvano-cautère et au drainage consécutif, le succès a au contraire été durable, je pourrais même dire définitif puisque deux de mes observations datent de plus de deux années.

K. *Drainage après curettage.*

Le drainage, employé seul ou associé aux injections intra-utérines, permet d'améliorer, et même de guérir complètement et en peu de temps, un certain nombre d'endométrites chroniques hémorrhagiques ou purulentes. Ce sont surtout les endométrites récentes avec altérations glandulaires plus ou moins marquées et sans modifications profondes du tissu interglandulaire qui, ainsi que nous l'avons déjà vu, sont justiciables du drainage d'emblée sans abrasion préalable de la muqueuse. Ce sont, tout particulièrement, les endométrites récentes liées à la sub-involution utérine et entretenues par la permanence d'un état congestif chronique de l'appareil utéro-ovarien que ce mode de traitement permet de guérir d'une façon rapide.

Il est juste de dire, une fois de plus, que les endométrites

anciennes accompagnées d'hypertrophie considérable de la muqueuse ou bien ayant donné lieu à des transformations scléreuses du tissu interglandulaire réclament le curettage de la cavité utérine ; le drainage seul serait insuffisant, dans ces conditions, pour ramener la muqueuse à un état normal, le drain doit donc être considéré comme un adjuvant de la curette qu'il ne saurait avoir la prétention de remplacer dans tous les cas.

A mesure que l'expérience du curettage de la cavité utérine se généralise, on admet de plus en plus que cette excellente opération ne donne tous les résultats qu'on en peut espérer que si on lui adjoint des soins consécutifs ayant pour but d'empêcher la muqueuse nouvelle de se reconstituer d'une façon trop rapide et surtout de se refaire d'une façon exubérante et de s'hypertrophier comme la muqueuse qu'on a abrasée. C'est pour cela que la plupart des auteurs conseillent de faire, après le curettage, des lavages répétés de la cavité utérine avec une solution antiseptique et des cautérisations légères avec la teinture d'iode, le perchlorure de fer, la solution de chlorure de zinc, etc. Cesser tout traitement après le curettage et abandonner au hasard la reformation de la muqueuse abrasée, c'est courir au-devant d'un échec, c'est s'exposer à une récidive plus ou moins rapide de l'endométrite. J'ai la satisfaction de constater que ces idées que je défends depuis une dizaine d'années sont acceptées aujourd'hui par la plupart des gynécologistes.

Ce sont ces idées qui m'ont amené à employer le drainage, après le curettage, surtout dans les endométrites avec sub-involution ; je pensais réveiller, par ces moyens, la vitalité de l'utérus, le maintenir en décongestion permanente, combattre ainsi la métrite concomitante et, par suite, mettre la muqueuse dans les meilleures conditions possibles pour qu'elle pût se reformer lentement sans avoir de tendance à l'hypertrophie. Le drainage me semblait *a priori* susceptible de remplacer les lavages et les cautérisations intra-utérines, je l'ai donc utilisé à l'exclusion de tout pansement intra-utérin bien

que comme je l'ai dit déjà, la présence du drain ne soit pas un obstacle bien gênant pour la pratique des injections intra-utérines. Tantôt j'ai introduit le drain dans l'utérus aussitôt après le curettage, tantôt je ne l'ai placé que quelque jours après l'opération. Il est à remarquer que les malades n'ont signalé aucune douleur alors même que le drainage était fait immédiatement après l'abrasion de la muqueuse. Dans tous les cas c'est au drain en anse naturellement que j'ai eu recours, car le drain en érigne aurait pu se montrer beaucoup trop irritant et aurait sans doute occasionné des douleurs plus ou moins vives, qu'il fallait éviter autant que possible. Je dois noter également ce fait curieux que, même après des curettages que j'avais tout lieu de croire complets, le drainage a été suivi des mêmes phénomènes d'excrétion que nous avons si souvent décrits : sécrétion sanguinolente les premiers jours, sécrétions séro-sanguines dans les jours suivants, enfin sécrétions séreuses persistant jusqu'à l'expulsion ou jusqu'à l'enlèvement du drain. Ce qui me prouvait du reste que mon curettage avait été complet, c'est que la première menstruation a toujours fait défaut et que les règles sont survenues cinq à six semaines seulement après l'opération. Le drain a été retiré en général au bout de six semaines, soit à l'apparition des règles, soit immédiatement après et dans ce dernier cas, il n'y a pas eu de dysménorrhée. Avant de renvoyer les malades, j'ai toujours pris soin d'attendre au moins deux mois et de faire, dans les derniers jours, un curettage d'exploration ; j'ai toujours eu la satisfaction de constater que la muqueuse nouvelle était normale.

Ma statistique de drainage, après curettage, est de trente-cinq cas (obs. LXXXVI à CXXI) sur lesquels je compte vingt-six cas d'endométrite hémorrhagique et neuf cas d'endométrite purulente. Voici quelques-unes de ces observations.

Observation LXXXVI

Endométrite hémorrhagique. Curettage et drainage. Guérison.

Clémentine F..., 25 ans, entre dans mon service de Saint-Lazare, le 6 novembre 1886 avec le diagnostic d'ulcération du col.

Réglée à 14 ans, régulièrement dès le début, sans douleurs et peu abondamment, trois jours chaque mois.

A eu deux enfants, le premier à 20 ans, le second à 22 ans. Les accouchements ont été naturels et faciles, mais le repos au lit, après chacun d'eux, n'a été que de neuf jours.

Pertes blanches depuis le dernier accouchement.

Les règles sont devenues de plus en plus abondantes ; elles durent actuellement dix jours et reviennent chaque mois avec des avances de six à huit jours.

Douleurs habituelles dans la région lombo-sacrée et dans le ventre, sensations de pesanteur, marche et station debout pénibles.

Appétit capricieux, bonnes digestions, constipation habituelle. Teint anémique, palpitations de cœur, essoufflement facile. Bruit de souffle doux à la base du cœur et souffle dans les vaisseaux du cou.

Au palper, on sent le fond de l'utérus en position normale, dépassant un peu le pubis et sensible à la pression.

Au toucher, col gros, déchiré, renversé en champignon sur ses deux lèvres (ectropion double), orifice externe très large, corps de l'utérus plus volumineux qu'à l'état normal et en antéversion. Culs-de-sac libres.

A l'examen bi-manuel, utérus mobile, en antéversion normale, volumineux, sensible à la pression ; rien d'appréciable du côté des annexes.

Spéculum : col gros, ectropion double sur lequel se voient très nettement les plis de l'arbre de vie.

Hystéromètre : Orifice interne largement ouvert, sensibilité à la pression du fond de la cavité utérine ; longueur = 10 cent. Quelques gouttes de sang après l'hystérométrie.

Curette d'exploration : muqueuse épaissie et facile à détacher sous forte pression de la curette.

Diagnostic : subinvolution, endométrite cervico-utérine avec ectropion double.

La malade ayant eu ses règles du 8 au 12 novembre, avait subi l'examen précédent le 20 novembre seulement.

Le 28 novembre, curettage de la cavité utérine sans abaissement, suivi de l'excision des deux ectropions avec le galvano-cautère ; après lavage de la cavité utérine à l'eau phéniquée, on place, séance tenante, un drain en anse. Pansement iodoformé.

Repos au lit les dix premiers jours pendant lesquels il y a un léger suintement sanguinolent les premiers jours et plus tard séro-sanguinolent.

Pas de douleurs. Bon sommeil.

A partir du 8 décembre, écoulement séreux qui persiste jusqu'au 3 janvier 1887.

Du 3 janvier au 8 janvier, règles d'abondance moyenne et nullement douloureuses.

Le 10 janvier, on retire le drain qui commençait à éveiller quelques douleurs d'expulsion et qui était déjà sorti d'un demi centimètre environ.

A ce moment la cavité utérine mesure 8 centimètres, l'hystérométrie n'est pas douloureuse, le curettage d'exploration ne permet de retirer qu'un lambeau très mince de muqueuse. Les douleurs de reins et les pesanteurs dans le ventre ont complètement disparu. La malade sort du service le 15 janvier dans un état de santé très satisfaisant.

Elle est revenue à plusieurs reprises dans mon service en 1888 et en 1889 et elle nous a appris que ses hémorrhagies n'avaient pas reparu depuis le curettage ; chaque fois j'ai pratiqué le curettage d'exploration et j'ai trouvé la muqueuse utérine normale.

(*A suivre*).

OBSERVATION DE GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Grossesse. — Hémato-salpingite ? — Vomissements rebelles calmés par les scarifications du col. — Accouchement à terme d'un enfant bien portant. — Guérison de la mère.

par le Dr A. Médail (de Tombebœuf).

—

Femme F..., 30 ans, a eu la variole à dix mois, et en porte des traces.

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement et bien, jusqu'à sa première grossesse.

Mariée à 18 ans, en est maintenant à sa troisième grossesse : la première survint à 20 ans. Les six premiers mois en furent très

pénibles : *vomissements graves*, excitation nerveuse très prononcée. A partir du 6e mois, la grossesse évolue normalement, l'accouchement de même, les suites de couches furent très simples et l'allaitement sans incident.

La 2e grossesse à 24 ans : elle est très facile et l'accouchement se fait normalement. Suites de couche troublées par des accidents assez difficiles à définir à distance. D'après le récit de la malade elle eut une hémorrhagie le 8e jour et elle dut garder le lit pendant trois mois avec de grandes douleurs de ventre, l'allaitement néanmoins n'en souffrit pas.

Dès le sevrage elle fut prise d'une toux sèche, rebelle à tout traitement et qui a persisté jusqu'à maintenant, amenant, dit la patiente, quelquefois des stries de sang dans ses crachats.

Depuis cette époque, également, elle a été tourmentée par des flatulences, des douleurs au creux épigastrique, qui ne la quittaient guère et subissaient de temps en temps des exacerbations.

En 1887 les accidents s'aggravèrent ; les douleurs épigastriques devinrent plus vives : les flatulences étaient telles que la malade avait des sensations d'étouffement. La toux fut plus gênante, il y eut même des hémoptysies, et la malade put être considérée par son médecin comme poitrinaire. Dès ce moment, règles très peu abondantes et parfois nulles, et jusqu'à maintenant, alternatives de bien-être et de souffrance.

Je vois la malade pour la première fois le 24 novembre 1889 : elle n'a pas eu ses règles depuis le 11 octobre et elle craint d'être enceinte. Néanmoins elle raconte que ses règles se sont arrêtées ce jour-là après qu'elle a eu touché de l'eau froide. Cet arrêt n'a pas amené de douleur immédiate, ni dans les premiers jours qui ont suivi.

Actuellement, elle souffre beaucoup du ventre : celui-ci est douloureux à la pression dans toute son étendue, mais principalement dans la fosse iliaque gauche, où le moindre attouchement provoque des cris.

Douleur au creux épigastrique spontanée, et très vive à la pression. Vomissements fréquents soit glaireux, soit alimentaires. Constipation opiniâtre ; appétit nul, et si la malade prend quel-

que chose, le plus souvent vomissements, éructations fréquentes et douloureuses. Sensation d'étouffement produite par le météorisme stomacal.

Le système nerveux est calme en général, mais dans certains cas les douleurs sont telles qu'elles occasionnent une véritable crise de nerfs.

Urines en quantité normale.

Toux sèche, fréquente ; à l'auscultation, pas la moindre trace de lésion pulmonaire. Examen des organes génitaux. Vagin libre : col douloureux, porte une déchirure du côté gauche ; on sent au bout du doigt des granulations : *consistance absolument normale*. Orifice externe agrandi admettant la pulpe du doigt. Déviation du col à gauche et douleur quand on veut la réduire. Le cul-de-sac gauche est douloureux, on y sent un repli du vagin formé comme par une bride.

Le cul-de-sac droit est beaucoup moins douloureux, on y sent le corps de l'utérus incliné de ce côté d'une façon très appréciable.

Cul-de-sac postérieur : on y trouve le corps de l'utérus.

Cul-de-sac antérieur libre.

Corps de l'utérus volumineux, douloureux, incliné en arrière et à droite.

La sensibilité du ventre ne permet pas de faire l'examen bimanuel.

Le diagnostic devait être aussi incomplet qu'avait dû l'être mon examen. C'était peut-être une grossesse ; mais c'était à coup sûr une perturbation sérieuse dans un système génital déjà malade ; perturbation ayant amené une aggravation des troubles de la santé générale au premier rang desquels se trouvaient être les troubles digestifs.

Je prescris de grands bains, des cataplasmes, de l'eau chloroformée, et m'attache surtout à combattre les troubles digestifs, me réservant de traiter l'utérus ou ses annexes dès que l'amélioration de l'état général permettra un examen plus approfondi et une intervention plus radicale.

27 *novembre*. Les douleurs de ventre sont en général atté-

nuées, ainsi que l'état de fatigue, mais les flatulences existent encore très pénibles et ne sont calmées que par de grandes quantités d'eau chloroformée.

La douleur du ventre au côté gauche est toujours très vive : néanmoins l'examen bi-manuel est possible et révèle de ce côté l'existence d'une tumeur du volume de la moitié du poing occupant l'ovaire ou la trompe.

Un large vésicatoire est appliqué à l'endroit douloureux.

29 *novembre*. Douleur un peu calmée par le vésicatoire. L'état général semble s'améliorer mais avec lenteur.

6 *décembre*. Douleur de ventre semble reprendre : nouveau vésicatoire.

12 *décembre*. Je trouve la malade levée ; elle est, dit-elle, très soulagée et très contente. Depuis trois jours elle perd du sang, d'une façon intermittente, mais chaque fois avec un grand soulagement de ses douleurs. Le sang est liquide, mélangé de caillots. Chaque expulsion est précédée d'une exacerbation violente des douleurs.

A la palpation, même profonde, (sans examen bi-manuel) on ne sent plus la tumeur.

17 *décembre*. Le soulagement ne s'est maintenu qu'avec des alternatives de douleur et de calme. Plus de sang depuis la dernière visite. A l'examen bi-manuel on sent, à l'endroit de la tumeur encore un noyau dur et gros comme une amende.

Au toucher je trouve un utérus pas mal développé, mollasse, et pour la première fois je constate que le col est ramolli : l'orifice externe admet presque l'extrémité de l'index. J'annonce que malgré l'écoulement de sang une grossesse est probable. Il y a dans les urines un peu d'albumine.

Tout va tant bien que mal jusqu'au 9 janvier 1890. A ce moment je suis de nouveau appelé, et je trouve l'état de la malade aggravé. Le ventre est redevenu douloureux en totalité avec un point beaucoup plus douloureux à gauche. Flatulences très pénibles avec sensation d'étouffements : vomissements fréquents soit glaireux, soit alimentaires.

L'utérus se développe tous les jours : il est toujours incliné en

arrière et à droite. On ne sent plus la tumeur à gauche mais toujours la bride qui semble insérée à l'union du col et du corps. Col de plus en plus mou et entr'ouvert.

Le 15 janvier les vomissements empêchent déjà toute alimentation. La malade ne peut bouger de son lit. Douleur très pénible au creux épigastrique. Impossible d'administrer par la bouche le moindre médicament. Injection de morphine suivie d'un peu de calme.

Le 17 janvier je la trouve en proie à une véritable attaque de nerfs, sans perte de connaissance toutefois, une injection de morphine parvient à la calmer, mais momentanément.

Depuis deux jours elle n'a rien pris : l'ingestion de la plus petite quantité d'aliments solides ou liquides provoquant des vomissements. Le pouls est normal, pas d'élévation de la température. Les vomissements et les crachats ont un goût très désagréable.

Le 18, même état : le 19 le pouls est déjà à 90, pas d'élévation de température. Je me décide alors, n'ayant sous la main aucun autre moyen immédiatement utilisable, à faire des scarifications sur le col. Celui-ci découvert par le spéculum est gros, violacé, recouvert d'un ectropion très rouge et très large. Les quelques piqûres que je fais avec une lancette adaptée à la longue pince à pansement utérin, saignent abondamment et donnent en peu de temps 100 à 150 grammes de sang.

Le soir la malade a déjà pu garder un peu de biscuit trempé dans du vin. Dès ce moment, vu l'état de souffrance de son estomac, elle ne prenait que peu de nourriture, mais la gardait. Pendant les quelques jours qui suivirent on compléta l'alimentation par la voie rectale. Encore quelques vomissements mais très rares.

Les jours suivants, tant pour me mettre en garde contre un retour offensif des vomissements que pour combattre les douleurs épigastrique et abdominale très pénibles, j'essaie successivement mais sans effet appréciable, les sangsues sur le col, et la cautérisation de l'ectropion, à trois reprises différentes, avec une solution de nitrate d'argent. Le bromure et le chloral associés, et plus

tard la teinture d'iode en applications sur la colonne vertébrale, ont paru calmer les douleurs épigastriques.

La douleur abdominale a cédé à la réduction de la déviation utérine. Cette réduction a pu être opérée très facilement et sans douleur au moyen de deux doigts introduits dans le vagin et d'une main retenant l'utérus sur l'abdomen. Cette réduction s'est en partie maintenue.

La toux qui avait d'abord cédé reprend plus fréquente et plus pénible. Peu à peu néanmoins, la malade se remet. Le 1er février on recommence à lui administrer les médicaments par la bouche. Dès ce moment elle va de mieux en mieux. Le 20 mars elle est en état de faire un petit voyage moitié à pied, moitié en voiture.

Elle accouche le 13 juillet, avec la plus extrême facilité, d'un vigoureux garçon qu'elle allaite. Suites de couches très simples. Je la revois 4 mois plus tard, elle a de l'embonpoint et des couleurs. Sa santé est meilleure qu'avant sa grossesse. Elle se plaint encore de sa douleur dans la fosse iliaque gauche, et de sa toux, mais elle n'a plus senti ni flatulence, ni douleur épigastrique.

Au toucher on trouve au col une consistance, une position, et un volume normaux. Les culs-de-sac sont parfaitement libres. On ne sent ni la bride ni la tumeur à l'examen bimanuel. L'utérus a aussi une position et un volume normaux ; il est mobile en tout sens sans douleur.

Cette observation m'a paru intéressante à publier à plusieurs titres. D'abord la colique salpingienne prise sur le fait est une chose banale, il est vrai, mais toujours intéressante. Ensuite le kyste sanguin de la trompe se vidant à travers l'utérus gravide sans préjudice pour l'œuf, cependant bien fragile à l'âge de un mois et demi, m'a paru constituer un fait digne de remarque.

En troisième lieu, et c'est là pour moi, *exclusivement praticien*, le point capital de cette histoire, les scarifications sur le col ont eu une action décisive sur les vomissements. Les scarifications sont très faciles à pratiquer, tout à fait inoffensives, et méritent, je crois, d'être essayées chaque fois, qu'on se décide,

dans un cas comme celui-ci, à intervenir directement sur le col utérin pour remédier aux vomissements de la grossesse. Surtout si on découvre un col turgide et violacé comme c'était mon cas, et comme il arrive presque toujours quand on a affaire à un ectropion d'une certaine importance.

Enfin, je signale encore le retour presque complet à la santé, de ma malade, retour qui s'est effectué progressivement et sans le moindre arrêt à partir du cinquième mois de la grossesse. Et cela spontanément sans la moindre intervention médicamenteuse ou autre à partir de ce cinquième mois, et dans des conditions hygiéniques qu'on pourrait *a priori* juger déplorables. La malade, en effet est pauvre et pendant ses quatre derniers mois de grossesse se livrait à tout ce que le travail de la terre a de plus pénible ; quinze jours après son accouchement, elle reprenait ce genre de vie : la nourriture pendant ce temps, on le pense, n'était rien moins que recherchée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 *février* 1891.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE PÉAN.

M. Segond. — Parmi les traitements des suppurations pelviennes, que j'aurai seules en vue dans cette communication, je n'ai pas besoin de rappeler que quelques mois à peine se sont écoulés depuis qu'on a proposé de les traiter par l'hystérectomie vaginale totale. Péan, l'auteur de cette méthode, qu'il a désignée sous le nom de castration utérine, en a fait le sujet après l'avoir mise en pratique sur un certain nombre de femmes, de diverses communications soit au Congrès de Berlin (1890), soit à l'Académie de médecine, soit dans le *Bulletin Médical* (voir p. 633, 1890). Le jour où cette opération fut préconisée, elle ne fut

accueillie, on s'en souvient, qu'avec une certaine réserve, et ici même, lors d'une discussion sur le traitement des salpingites suppurées, il n'y eut guère que M. Terrier qui, à la rigueur, s'en déclara partisan dans certains cas.

Comme la plupart de nos collègues, j'ai tout d'abord montré une certaine hésitation à approuver cette intervention et peut-être aurais-je persisté dans cette réserve, si un succès, obtenu par Péan, sur une malade pour laquelle une opération ne me paraissait pas praticable, ne m'eût définitivement engagé à y avoir recours à l'avenir.

Depuis huit mois environ, j'ai fait vingt-trois hystérectomies vaginales totales, qui m'ont donné dix-neuf succès et quatre décès. Deux de ces décès sont survenus, le deuxième et le troisième jour, sans cause déterminée ; quant aux deux autres, ils doivent être rapportés, l'un à une pneumonie infectieuse dans un cas où l'opération avait été incomplète, et l'autre à une péritonite généralisée sur une malade atteinte de double salpingite tuberculeuse.

Dans les dix-neuf autres cas, que j'ai opérées, et dont les observations détaillées seront publiées dans les bulletins de la Société, j'ai obtenu une guérison complète après extirpation totale de l'utérus et des annexes ou après extirpation seule de l'utérus, en ayant grand soin d'évacuer tous les foyers purulents qui se présentaient. Chez aucune de mes malades, il n'y a eu d'accidents sérieux consécutifs, bien que sur quelques-unes d'entre elles l'opération ait été fort laborieuse.

De l'observation et de la critique des faits que j'ai eus sous les yeux, il me paraît possible d'en déduire quelques considérations générales importantes.

On doit tout d'abord se demander quelles sont les indications de l'hystérectomie vaginale totale. A mon avis, on peut y répondre en formulant une unique proposition, qui est la suivante : l'opération est indiquée toutes les fois que l'ablation *bilatérale* des annexes s'impose, abstraction faite, bien entendu, des cas où il s'agit d'une hématocèle ou d'une phlegmatia ou d'une collection vaginale opérable par une ponction.

Peut-être pourrait-on alléguer contre l'opportunité de cette hystérectomie totale certains faits exceptionnels, où, le ventre ouvert, on reconnaîtrait qu'il est possible de conserver des

annexes d'un côté non malade ? Le cas peut se présenter, mais il doit être rare, et dans l'intérêt général il doit être négligé.

Il est un autre point touchant au manuel opératoire, qui doit être pris en grande considération. Lorsqu'on se propose de pratiquer cette intervention, on doit être bien convaincu qu'elle ne ressemble en rien à l'hystérectomie vaginale, faite pour cancer par exemple. Il est nécessaire, pour la mener à bien, de suivre exactement le plan opératoire tracé par M. Péan, et de se servir de ses instruments (pinces spéciales pour saisir les ligaments larges par étages, longs écarteurs pour protéger la vessie et le rectum, etc.) ; il est absolument essentiel de ne pas utiliser les pinces qui saisissent les tissus en bloc.

Pour arriver aisément sur les différents organes que l'on doit extraire, on conseille de placer les malades dans le décubitus latéral gauche ; c'est, en effet, la meilleure manière d'atteindre un utérus haut situé et solidement enclavé ; toutefois, je crois que la position peut varier et que, dans certaines circonstances, le décubitus dorsal peut être recommandé.

Relativement aux manœuvres qui doivent porter sur l'utérus, elles doivent être pratiquées dans le but d'arriver à l'extraction par morcellement de l'organe. Après désinsertion du col, c'est par grattage sur le tissu utérin qu'on parvient à en isoler d'abord le segment inférieur, sans s'occuper des culs-de-sac. Le moignon utérin entièrement libre est ensuite sectionné latéralement, ce qui le sépare en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure, dont on continue l'isolement toujours à petits coups de grattage jusqu'au fond de l'organe, qu'il a été facile d'abaisser après son hémi-section.

Au cours de cette opération diverses éventualités peuvent se présenter : ou bien l'utérus est plongé au milieu de collections purulentes qui se trouvent ouvertes par les manœuvres de grattage ; ces dernières vidées, l'utérus est enlevé sans que le péritoine ait été perforé et l'opération est terminée. Ou bien il existe des foyers purulents qui ne sont pas atteints par l'ablation de la matrice ; il faut alors les ouvrir, mais en ayant soin de ne rien décoller et de ne détruire aucune adhérence.

Enfin, dans un troisième cas, lorsqu'on a fait l'extraction de l'utérus et lorsqu'on a ouvert la cavité péritonéale, il peut arriver que l'on ne perçoive aucune tuméfaction purulente ; il est alors

nécessaire d'aller à la recherche des annexes et de les enlever.

D'après notre propre observation, l'hystérectomie vaginale totale nous paraît présenter d'incontestables avantages. Elle est supérieure à l'ablation des annexes par la laparotomie pour les quatre raisons suivantes :

1° Il n'existe pas de cicatrice abdominale ;

2° Les malades ne sont pas contraintes à porter une ceinture abdominale ;

3° L'opération a un pronostic meilleur que la laparotomie ;

4° La guérison est plus complète et plus radicale.

Le petit nombre d'hystérectomies vaginales, que j'ai pratiquées ne me permet pas d'établir une comparaison entre cette opération et les laparotomies pour ablation des annexes ; toutefois, je crois devoir faire observer que, dans les cas simples, l'hystérectomie vaginale donne tout autant de guérisons, et que, dans les cas graves, elle me paraît moins dangereuse que la laparotomie. Totale, elle constitue une excellente opération radicale ; partielle, c'est-à-dire simplement utérine, elle permet un drainage facile et parfait, et elle est suivie de l'atrophie des annexes ; dans les deux cas, elle conduit à la guérison.

M. Terrillon présente un utérus qu'il a enlevé par la voie vaginale sur une femme atteinte de collections purulentes pelviennes, dont l'évacuation a suivi l'ablation de l'utérus.

(*Bull. méd.*)

Séance du 4 mars 1891.

—

Hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes.

M. Bouilly ne veut pas faire la critique de cette nouvelle méthode, puisqu'il n'a pas fait cette opération, mais il désire faire quelques observations à M. Segond. M. Bouilly est partisan de l'hystérectomie : 1° dans les annexites chroniques avec confusion de tous les organes du bassin ; 2° dans les poches purulentes intra ou extra-péritonéales.

Dans ces circonstances, la laparotomie est impuissante et la large ouverture par l'ablation de l'organe peut donner de bons résultats. Mais ces cas sont exceptionnels, M. Bouilly ne les a rencontrés que trois fois sur trente-trois.

Ce chirurgien n'est pas partisan, comme le veut M. Segond, de la substitution systématique de l'hystérectomie vaginale à la laparotomie. En effet, les surprises sont grandes dans la laparatomie et il est bien important d'avoir un diagnostic certain avant de se décider à priver une malade de son utérus.

La laparotomie doit donc être conservée dans la majorité des cas, d'abord dans les petites collections purulentes; il faut comprendre sous ce nom les collections de peu d'importance ayant fait peu d'adhérences. En vingt minutes une laparotomie permet de guérir la malade. Ici il n'y a pas seulement à ouvrir, il faut enlever et l'opération par la voie abdominale est plus simple que l'hystérectomie.

Par grosses collections il faut comprendre les suppurations d'un litre à un litre et demi.

Dans ces cas, M. Bouilly a obtenu les meilleurs résultats par la laparotomie avec lavage à l'eau bouillie et tamponnement à la gaze iodoformée. Il vaut du reste mieux enlever ces poches épaisses que de les laisser.

Sur 33 cas, M. Bouilly ne s'est posé qu'une fois l'indication de l'hystérectomie, mais il ne l'a pas faite n'en ayant pas la pratique. Il a drainé le cul-de-sac vaginal après laparotomie et la malade a guéri.

Donc la laparotomie est préférable pour les petites collections, elle s'adresse même aux suppurations très importantes et l'hystérectomie ne peut s'employer que dans des cas exceptionnels.

Quant à la cicatrice sur la ligne blanche, au port d'un bandage, ce n'est pas un argument de grande valeur et, du reste, avec les petites incisions qu'on fait aujourd'hui, on peut ne pas mettre de ceinture.

Quant à la gravité de l'opération, sur 33 cas, la laparotomie n'a donné que 4 décès à M. Bouilly; tandis que l'hystérectomie a donné 4 morts sur 23 opérations à M. Segond. De plus, les 4 décès relatés par M. Bouilly ne s'adressent justement pas aux grosses collections susceptibles d'être traitées par l'hystérectomie, sauf un cas.

M. Bouilly pense, de plus, que malgré sa pratique des opérations sur le vagin, il ne tentera pas l'hystérectomie sans l'avoir vu faire.

Les résultats seraient meilleurs, d'après M. Segond, après l'hys-

térectomie vaginale qu'après la laparotomie ; et M. Segond s'appuie sur ces écoulements purulents qui continuent souvent après la laparotomie; mais ce ne sont pas justement les grandes collections purulentes qui donnent lieu à ces écoulements utérins, mais plutôt les salpingites séreuses.

En résumé, M. Bouilly estime que l'hystérectomie est excellente pour les suppurations péri-utérines qui ne sont pas justiciables de la laparotomie.

Elle est inutile pour la majorité des salpingites suppurées et n'est qu'une opération préliminaire.

M. Richelot commence par rappeler que dans un autre ordre d'idées, il est partisan de l'hystérectomie vaginale. Il vient de faire 18 fois cette opération sans une mort ; mais il pense que M. Segond a été trop loin en voulant substituer la castration utérine à la castration ovarienne.

M. Segond s'appuie sur la statistique et donne à peu près pour l'hystérectomie la mortalité moyenne de la laparotomie. Sur 30 pyosalpingites opérées à Tenon, M. Richelot a eu quatre décès, ce sont à peu près là les chiffres de M. Bouilly. Si on recherche les suites de l'hystérectomie par suppuration, on peut voir des guérisons qui n'en sont pas, cela se comprend à cause des parties fibreuses qu'on laisse dans le centre. M. Richelot a connaissance de 3 de ces exemples, tandis que la laparotomie donne des guérirons définitives.

La cicatrice n'a pas une grande importance d'autant qu'elle s'adresse en général à des femmes déjà d'un certain âge et puis la cicatrice est aujourd'hui si petite qu'il ne vaut même pas la peine de s'en occuper.

Si on cherche maintenant dans quels cas il faut appliquer l'hystérectomie, on trouve qu'elle est utile dans les cas où tout l'utérus est entouré de pus et de tissus fibreux. Ici la laparotomie n'est pas suffisante ; mais elle est toujours heureuse et facile dans les petites collections qui peuvent être énuclées.

Dans les cas où la poche purulente ne peut être enlevée et où il faut une marsupialisation, M. Richelot pense qu'il vaut mieux pratiquer encore l'hystérectomie vaginale.

On a aussi préconisé la castration utérine dans les hématocèles et hématosalpinx ; dans ces cas M. Richelot préfère la laparotomie.

M. Bazy pense qu'on ne doit enlever l'utérus que dans les cas où la vie de la femme est en jeu. Cette castration s'applique d'abord aux suppurations bilatérales qui ne sont justiciables d'aucun autre mode de traitement. Quand on a affaire à une lésion unilatérale, il ne faut pas faire l'opération, car on n'a pas le droit d'abolir la fonction génératrice.

M. Bazy estime que cependant dans certains cas il faut faire l'hystérectomie vaginale ; il l'a pratiquée il y a quelques jours et pour une indication dont on n'a pas encore parlé : c'est la présence d'une fistule vaginale.

M. Bazy croit comme ses collègues que la cicatrice et le port d'un bandage ne sont pas des arguments sérieux et dit en terminant que la castration utérine doit être réservée aux cas graves dont on a déjà parlé.

Grossesse extra-utérine. — M. Picqué présente les pièces d'une grossesse extra-utérine.

(*La France méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

DU CURETTAGE APPLIQUÉ AU TRAITEMENT DES CANCERS DE L'UTÉRUS, SES ACCIDENTS,

Par M. le Dr Schwartz.

Les cancers de l'utérus, au point de vue clinique et thérapeutique, se divisent en cancers du col, cancers du corps, cancers cavitaires ou endométriques. Vous avez eu l'occasion d'observer, avec moi, un grand nombre de cancers du col pendant les derniers mois qui viennent de s'écouler, et presque toujours il s'agissait de tumeurs ayant déjà envahi les culs-de-sac du vagin, ou les ligaments larges, et par conséquent non justifiables d'une intervention radicale. C'est à ces cas que vous m'avez vu appliquer, pour remédier aux symptômes pénibles présentés par les malades et que nous énumérerons tout à l'heure, une opération palliative qui, presque toujours, nous a donné d'excellents résultats, au moins immédiats si ce n'est définitifs, sans faire courir à la malade aucun danger du fait opératoire. C'est de cette intervention, qui est le curettage, que je désire vous entre-

tenir. Le cancer du col, qui doit nous occuper exclusivement, revêt en général les quatre formes suivantes : tantôt il consiste dans une masse végétante envahissant une ou les deux lèvres du museau de tanche, plus ou moins localisé ou diffus suivant la période à laquelle il est arrivé, c'est la forme du cancer en champignon, du cancer végétant ; tantôt il s'agit de la forme ulcéreuse : ici le col plus ou moins volumineux est détruit par une ulcération ichoreuse à bords indurés, plus ou moins étendue; dans la troisième forme, l'altération a débuté par la cavité du col pour s'étendre ensuite sur le museau de tanche et sur le corps de l'utérus ; dans une quatrième forme enfin, le cancer est interstitiel : le col n'est pas ulcéré, mais il est gros, bosselé, bleuâtre, remplissant plus ou moins le fond du vagin.

Quand l'extirpation totale ou partielle est contre-indiquée, soit par des signes de généralisation, soit par la constatation de la prise du vagin, de la vessie, du rectum ou des ligaments larges, le chirurgien n'en a pas moins le devoir de soulager sa malade et de pallier, si possible, les symptômes pénibles produits par le cancer. Ces symptômes pour le cancer du col sont au nombre de trois principaux : les douleurs locales et irradiées, les écoulement ichoreux, les écoulements sanguins.

Si nous pouvons peu, en général, contre les douleurs à l'aide des moyens chirurgicaux, nous sommes au contraire plus puissants quand il s'agit de combattre les écoulements le plus souvent fétides, ichoreux ou sanguins, qui, par leur abondance ou leur continuité ou leur fétidité, épuisent les patientes ou leur rendent la vie intolérable à elles et à leur entourage.

C'est dans tous ces cas que vous m'avez vu employer le curettage suivi de la cautérisation, soit au thermocautère, soit encore avec la solution de chlorure de zinc au 1/10e.

Ceux qui se prêtent surtout à l'action de la curette tranchante sont les cas de cancers mous végétants, proéminents comme un chou-fleur dans le vagin ; ce sont ceux qui sont surtout la cause d'écoulements séro-sanieux très abondants et infects, et de métrorrhagies plus ou moins profuses, ou plutôt l'écoulement est séro-sanguinolent plutôt que constitué par du sang pur. A côté de ces faits s'en placent d'autres où la forme ulcéreuse est en même temps plus ou moins bourgeonnante et où les couches les plus superficielles du néoplasme épithélial ont subi un ramollissement qui permet l'action efficace de l'instrument ; viennent enfin ceux où l'épithélioma est intra-cervical ou cervical ;

il a altéré les parois du canal plus ou moins profondément et s'est propagé d'un côté sur le museau de tanche, de l'autre sur la muqueuse utérine proprement dite. Vous avez pu voir de cette variété de cancer quatre exemples bien manifestes, dont l'un a été particulièrement intéressant à cause de l'accident qui nous est arrivé pendant le curettage de l'utérus et que nous rapporterons plus loin.

Voici comment doit se pratiquer l'opération.

Il est bien entendu qu'elle doit être précédée de toutes les précautions antiseptiques que l'on prend pour toute intervention gynécologique. La patiente aura été purgée la veille, ou du moins le rectum aura été vidé à l'aide d'un grand lavement, un moment avant l'opération. On aura fait pratiquer, si les manœuvres n'amènent pas d'hémorragies, des lavages du vagin avec de la liqueur de Van Swieten coupée de deux parties égales d'eau chaude bouillie ; le vagin aura été tamponné deux jours avant, après chaque lavage avec de la gaze iodoformée. La femme étant placée dans la position du spéculum, ou encore dorso-sacrée, les jambes maintenues par deux aides, la vessie est vidée, un dernier lavage est fait avec de la liqueur de Van Swieten pure ou dédoublée. Nous nous servons pour mettre le col à découvert de la grande valve de Bozeman quand elle est facilement applicable, quand le vagin est large, et d'une petite valve antérieure.

Comme cette application est généralement assez douloureuse ainsi que les manœuvres qu'on est obligé de faire plus tard, nous donnons volontiers un peu de chloroforme à nos opérées, tout en reconnaissant que dans beaucoup de cas l'on pourrait s'en passer. Le col étant trouvé, est saisi avec une bonne pince à érignes dans une de ses parties moins malades et fixé. Prenant alors une curette utérine tranchante de Simon, l'on abrase toutes les parties qui se laissent facilement enlever en procédant avec rapidité, mais en même temps avec prudence en arrière et en avant, surtout quand le cancer a envahi les parois du vagin.

Il sera bon de mettre une sonde dans la vessie, pour se rendre compte de la situation exacte de celle-ci, et plus tard de toucher le rectum pour être certain qu'on n'en est pas trop près et ne pas risquer de l'ouvrir. Ce dernier incident me serait certainement arrivé dans un de nos curettages récents, sans la précaution que je viens de vous signaler. Quand il s'agit d'un cancer végétant, l'on est averti que les parties ramollies sont enlevées par une sensation de dureté qu'éprouve la curette, et un petit bruit spécial qu'elle produit par le

raclage. Ce sont là des indices qu'on est arrivé sur des tissus à peu près sains, et que l'instrument n'intéressera que très difficilement. Assez souvent, il faudra enlever alors à coups de ciseaux, et avec une longue pince à griffes, des lambeaux qui n'auront pas été détachés complètement et l'on régularisera les bords de la cavité et de la surface souvent irrégulière qu'aura créée l'instrument.

S'il s'agit d'un cancer ulcéré et fongueux, les manœuvres seront généralement les mêmes ; et de même pour les cancers intracervicaux. Pour ces derniers, le curettage aboutit à la formation par évidement d'une cavité conique, comprenant une plus ou moins grande partie du segment inférieur de la matrice et il faut redoubler de précautions du côté de la vessie, du rectum et du péritoine en arrière.

Il est bon de se servir pendant l'opération de deux modèles de curette, l'une plus grande pour les grosses masses, l'autre plus petite destinée à fouiller les petits nids épithéliaux où l'autre ne pénétrerait pas.

Le curettage terminé, nous le faisons suivre, après arrêt du sang par le tamponnement, d'une cautérisation très énergique au fer rouge, ou au bout mousse de Paquelin rougi à blanc, en ayant soin de faire immédiatement des irrigations vaginales froides. Dans un certain nombre de cas, vous m'avez vu employer le tamponnement de toute la cavité pathologique avec de petits tampons d'ouate, imbibés d'une solution au 1/10 de chlorure de zinc. C'est dans ceux où il y a un écoulement sanguin assez abondant qui ne s'arrête pas sous l'influence d'un simple tampon maintenu appliqué pendant quelques instants.

Cela fait, on place dans la cavité, s'il y en a une et dans le vagin, quelques bandes de gaze iodoformée, par-dessus la vulve on place de l'ouate et puis un bandage en T et tout est terminé.

L'opération, quand elle est pratiquée avec prudence et les précautions que nous avons indiquées, ne donne généralement lieu à aucun accident. Dans quelques cas, néanmoins, il peut en arriver du fait de l'opération ou de l'opérateur.

L'hémorragie, dans les cancers très vasculaires, peut être assez abondante, pendant le curettage, pour nous inquiéter ; alors il faut enlever rapidement toutes les masses les plus superficielles, tamponner avec une grosse éponge et recommencer ainsi jusqu'à ce que tout soit enlevé. L'écoulement sanguin, se faisant presque toujours en

surface, il ne faut pas perdre son temps à vouloir placer des pinces, et ne se servir de celles-ci qu'on laissera, à demeure, que si l'on aperçoit un jet artériel assez volumineux.

Le voisinage du rectum, de la vessie, du cul-de-sac postérieur du péritoine, crée dans les cas avancés d'autres dangers que je vous ai déjà fait prévoir.

Le rectum, la vessie peuvent être ouverts d'un coup de curette, et il en résulte la production d'une fistule vésico ou recto-vaginale dont vous devinez aisément tous les inconvénients. Il m'est arrivé une fois, malgré les précautions que j'avais prises, et dont je vais vous parler, de léser la vessie ; la malade perdit de l'urine pendant cinq jours, puis, tout écoulement disparut, et la fistule guérit spontanément.

C'est là un fait très rare et sur lequel vous ne devrez pas compter.

Pour éviter l'ouverture des réservoirs rectal et urinaire, il faut, dans les cas suspects, se guider avec le doigt introduit dans le rectum et la sonde placée dans la vessie, et se rendre compte des rapports ; de cette façon, on évitera presque toujours, sinon toujours, de les blesser.

Un autre accident, qui peut avoir des conséquences immédiates beaucoup plus graves, est la perforation de l'utérus. Deux cas peuvent se présenter : ou bien les ligaments larges et la périphérie sont infiltrés par le cancer, ou bien, au contraire, il n'y a pas de masses cancéreuses péri-utérines, et la curette pénètre directement dans le péritoine et, en particulier, dans le cul-de-sac de Douglas. Quand l'utérus, entouré de masses néoplasiques avec lesquelles il se confond, est perforé, il n'arrive en général aucun accident, et le tamponnement à la gaze iodoformée, appliqué comme dans les cas ordinaires, suffit pour amener la guérison opératoire. Il peut ne pas en être de même quand le péritoine est ouvert et une péritonite septique peut emporter rapidement l'opérée, surtout quand le foyer cancéreux n'a pas été bien désinfecté avant et pendant l'intervention. Nous avons eu affaire récemment à un cas de ce genre, dont voici la relation :

Il s'agissait d'une dame P..., âgée de 55 ans, malade depuis le mois de décembre 1889, et qui entra à la Maison Municipale de Santé, le 3 juin 1890, pour des pertes sanguines excessivement abondantes, après qu'elle n'eut plus vu depuis cinq ans.

Nous constatons au toucher l'existence d'un épithélioma du col de l'utérus envahissant la cavité cervicale largement ouverte, envahissant la paroi vésico-vaginale dans l'étendue de 3 à 4 centimètres au

moins. Quoique l'utérus soit relativement mobile, nous ne sommes pas d'avis de tenter une opération radicale contre-indiquée, selon nous, par l'envahissement du vagin en avant, et nous proposons le curettage pour parer aux hémorragies.

Après les précautions antiseptiques d'usage, la malade est endormie le 10 juin, et nous procédons au curettage. Le col est enlevé en presque totalité : la curette attaque la cavité utérine quand, tout à coup, sans que nous ayons fait aucun effort, elle traverse la paroi postérieure de l'utérus et y détermine une large déchirure verticale de 4 centimètres, qui donne aussitôt issue à un petit kyste, de la grosseur d'une noix, attaché par un long pédicule, et qui est manifestement un petit kyste ovarique ou para-ovarique. On l'enlève et on réduit le petit pédicule. Nous faisons, immédiatement après avoir retiré l'instrument, un lavage au sublimé à 1/1000, puis le nettoyage de la cavité utérine avec de petits tampons de gaze iodoformée ; puis saisissant, avec une longue pince à griffes les bords de la déchirure nous les réunissons à l'aide de quatre sutures au catgut n° 2. Ces manœuvres ont été assez difficiles à cause de l'étroitesse de la cavité dans laquelle on opérait. Tamponnement à la gaze iodoformée. Ouate et bandage en T. Prises d'extrait thébaïque, les deux premiers jours, de 0,05 centigrammes. L'opérée n'eut aucune réaction et guérit parfaitement. Nous l'avons revue en octobre dernier, quatre mois après, et l'amélioration persiste. C'est à peine si elle reperd, depuis quelques jours, quelques gouttes de sang. L'état local au toucher et au spéculum est tel que nous l'avons laissé lors de son départ.

Il est certain que, dans ce cas, la paroi utérine était tellement amincie par le néoplasme qu'elle s'est rompue sous un très faible effort de l'instrument. C'est là un accident dont il faudra se méfier toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un cancer utérin cervical remontant dans la cavité utérine, et qu'il s'agira d'un utérus mobile, sans adhérences néoplasiques ou autres avec les parties périphériques.

En résumé, le curettage, appliqué au traitement du cancer de l'utérus, et particulièrement de celui du col et de la cavité cervicale, est une bonne opération palliative ; elle sera anodine, dans presque tous les cas, si vous prenez les précautions que nous avons eu le soin de vous indiquer avant, pendant et après l'intervention.

(*Rev. gén. de clin. et de thér.*)

PARALLÈLE ENTRE LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS USITÉS DANS LES MALADIES CHRONIQUES DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

On entend généralement sous le nom de maladie chronique des annexes les inflammations chroniques de la trompe de Fallope et des ovaires. Les principales de ces affections sont la salpingite, l'hydro et l'hématosalpinx. Les différents traitements plus ou moins en vogue dans ces différents cas sont : 1° le repos, l'expectation ; 2° l'électricité ; 3° le massage ; 4° le curettage de l'utérus et de l'opération d'Emmet ; 5° le cathétérisme des trompes ; 6° la ponction vaginale des trompes kystiques ; puis, enfin, la laparotomie, qui peut donner lieu aux opérations secondaires suivantes : l'oophorectomie ou l'ablation des ovaires, le drainage d'un hydrosalpinx, la rupture des adhérences ; puis les opérations plastiques que l'on peut faire sur les trompes : la salpingostomie.

Le traitement par le repos seul ne peut jamais amener à de bien grands résultats ; l'action des médicaments doit être évitée en pareil cas, bien qu'on ait préconisé le sulfate de magnésie, encore ne peut-il pas toujours être toléré. J'ai vu un cas dernièrement dans lequel l'emploi de ce dernier, à jeun, amenait du tympanisme de l'abdomen avec élévation de la température ; j'ai vu le même phénomène se produire chez une malade, opérée de l'ovariotomie, à laquelle on donna une dose de ce même sel le huitième jour. Un pareil tympanisme peut provoquer dans ces cas une distension dangereuse des adhérences.

Quoique l'électricité paraisse enrayer la croissance des tumeurs fibreuses de l'utérus on pourrait même, d'après Prochownich, guérir la blennorrhagie en tuant les gonocoques, il est difficile de comprendre cependant comment le courant pourrait drainer des trompes, rompre des adhérences et faire disparaître les produits de l'inflammation.

Le massage est passible de quelques objections quand il est pratiqué sur les organes génitaux, et il est absolument dangereux quand les trompes sont dilatées et que les parois sont devenues très minces, ce qui est le cas le plus fréquent ; on a vu, à la suite de massage, des écoulements purulents se faire jour par l'utérus, ce qui prouverait que le pus a pu trouver issue par les trompes. Si cette rupture avait eu lieu dans le péritoine, on voit d'avance à quel danger la malade aurait pu être exposée.

On use et abuse de la curette. Cet instrument est certainement excellent pour la cure de l'endométrite. Des autorités étrangères déclarent que l'endométrite infecte les trompes et peut même s'étendre jusqu'aux ovaires. Le traitement de l'endométrite par la curette, en enlevant la cause, devrait aussi guérir les maladies des annexes. Ce principe de traitement est purement théorique, car la curette n'a de vrais succès que dans l'endométrite pure, et quand il existe une maladie des annexes, il est très dangereux de gratter et de dilacérer l'utérus. La curette a souvent été la cause directe d'une grave inflammation des annexes.

L'opération d'Emmet, comme remède des maladies des annexes, est aussi basée sur la pure théorie. Le cathétérisme des trompes est difficile pour ne pas dire impossible. La ponction vaginale des ovaires kystiques, qui a été préconisée par Léopold, est une opération qui ne peut se faire qu'à l'aveugle, et il est arrivé plus d'une fois de ponctionner un sac fœtal pour un ovaire kystique.

L'oophorectomie est la meilleure opération dans la plupart des cas de ces maladies chroniques des annexes. Lorsque le diagnostic a été bien posé par l'examen bi-manuel, lorsque l'existence d'un pyosalpinx a été reconnue, la section abdominale est l'opération qui offre le moins de danger pour la patiente et, en tout cas, le plus de chance pour la guérison radicale. L'oophorectomie double a malheureusement des suites mentales qui sont les plus nuisibles, et les fistules interminables, que l'on a pu observer dans ces cas, sont relativement très rares. Une petite minorité de patientes souffre de douleurs continuelles après l'opération, probablement à cause d'adhérences intestinales ou de produits inflammatoires qui n'ont pu être enlevés et qui compriment les nerfs. Un hydrosalpinx pur est souvent très difficile à enlever, et la source de grandes douleurs pendant la menstruation, surtout quand la capsule du kyste est congestionnée. J'ai trouvé que l'incision et le drainage sont très efficaces pour enlever cette douleur. Le grand avantage de cette pratique est de ne pas avoir de pédicule à suturer, ce qui est le plus grand inconvénient lorsqu'on enlève radicalement un hydrosalpinx.

Une opération que l'on fait souvent aujourd'hui et qui est moins radicale que l'oophorectomie, est la rupture des adhérences avec drainage. Cette opération n'est pas toujours facile et nous n'avons pas l'avantage de pouvoir la juger d'après une statistique nombreuse. Le chirurgien qui la pratique a de la tendance à croire qu'il n'a pas

fait une opération radicale quand il n'a pas enlevé quelque chose. L'opération qui consiste à rompre les adhérences demande une certaine expérience, pour savoir quelles adhérences sont à rompre et pour savoir si les annexes peuvent être soulagées par cette méthode.

On doit faire attention de ne pas ouvrir un foyer de suppuration dans le péritoine. Une simple incision abdominale a souvent suffi pour guérir une maladie des annexes qui se manifestait par de grandes douleurs ou d'autres symptômes objectifs caractéristiques, quoique souvent à l'ouverture du ventre on ne pouvait voir aucune lésion pathologique tangible.

L'explication de pareils cas est très difficile. On trouve que lorsqu'il y avait de la péritonite chronique, ces opérations paraissent donner de bons résultats, Skutsch et Martin ont sauvé des trompes dilatées par une opération plastique appelée salpingostomie. On fait un trou à une extrémité de la trompe et on suture ensemble la muqueuse à la séreuse. Cette opération peut avoir de l'avenir, mais elle est inadmissible quand il existe de la suppuration, et il ne faut pas la pratiquer lorsqu'il y a une inflammation adhésive active, car bientôt cette ouverture serait recouverte par des tissus de nouvelle formation. L'ablation complète des organes malades doit être naturellement évitée autant que possible ; mais lorsqu'on se trouve en présence de cas négligés depuis longtemps, il vaut toujours mieux avoir recours à une opération complète que palliative.

(*Gaz. de Gyn.*)

DÉCHIRURE SPONTANÉE DU VAGIN DANS LE COURS D'UN ACCOUCHEMENT. — PASSAGE DE L'ENFANT ET DU PLACENTA DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE. — GUÉRISON.

Le docteur Everke, de Bochum (Allemagne), publie une observation qu'il fait précéder des considérations suivantes : dans le cas de déchirure de l'utérus et du vagin, la mort de la mère a lieu d'habitude à la suite du choc, de l'hémorrhagie, ou de la péritonite consécutive ; l'enfant meurt lui-même asphyxié par suite du décollement du placenta. Les auteurs anciens et nouveaux donnent une mortalité de 95 % à la suite de ces accidents et cela malgré l'introduction de l'antisepsie en obstétrique et les améliorations de la chirurgie de l'abdomen. Schoffer, par exemple, qui conseilla la laparotomie dans le cas de rupture de l'uté-

rus, pour combattre les hémorrhagies internes, a trouvé que sur 100 qui ont été faites dans ces conditions depuis le commencement du siècle, il y a eu 50 cas de mort. Les ruptures de l'utérus sont plus fréquentes que les ruptures du vagin ; pour que ces dernières se produisent, une cause prédisposante est nécessaire ; d'habitude, c'est le relâchement du ligament large. Dans son travail sur ce sujet publié en 1876, Hagenberger a réuni 39 cas de déchirure du vagin dont 10 aboutirent à la guérison. Everke rapporte l'observation d'un cas de déchirure postérieure et bilatérale dans laquelle la rupture s'arrêta spontanément au bout d'un temps relativement court (une heure et demie). Après l'écoulement des eaux, une sage-femme reconnut une mauvaise présentation et envoya chercher un médecin. A ce moment il y avait de violentes contractions. Comme il s'agissait d'une présentation du tronc, le fœtus était repoussé vers le petit bassin. A la suite de la scoliose, le ventre était pendant et il y avait une faible distance entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque ; le développement de l'utérus s'étant fait en avant dans le cours de la grossesse, les ligaments avaient été fortement distendus, la paroi postérieure du vagin étant devenue molle et flasque à la suite de plusieurs accouchements successifs, se déchira au moment d'une contraction. Dès lors, hémorrhagie, douleur violente et autres phénomènes d'une plaie profonde. L'exploration locale montre que l'utérus est intact, et que l'orifice du col est à peu près de deux travers de doigts. Au contraire, on trouve derrière l'utérus une déchirure perforante du vagin et par laquelle sa cavité communique avec celle du péritoine. La déchirure se poursuit latéralement jusque sur la paroi antérieure du vagin. L'utérus est séparé de la paroi vaginale des deux côtés jusqu'à l'excavation vésico-utérine. Cette déchirure saigne beaucoup ; l'auteur fait immédiatement une suture circulaire, mais, par suite du ramollissement de la paroi vaginale, les fils la déchirent ; 16 sutures épinglées à la suite desquelles l'hémorrhagie s'arrêta. Tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée, vessie de glace sur le ventre et petites doses d'opium. Les deux jambes sont attachées et l'urine est évacuée par le cathétérisme. La température vespérale varie entre 38 et 39. La gaze iodoformée fut enlevée au bout de deux jours, pas d'hémorrhagie. Le pouls et le facies se relevèrent ; les fils tombèrent d'eux-mêmes La malade put se lever au bout de trois semaines ; utérus en antéversion et mobile ; rien dans le tissu périutérin. Derrière le col, des deux côtés, cicatrice. Etat général excellent, le 31 décembre 1889. La

malade est réglée normalement, utérus mobile ; rien dans le tissu périutérin.

(*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1889, et *La Clinique*, 1891, p. 136.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU VAGINISME,

Par M. Dubois.

(Thèse de la Faculté de Médecine de Bordeaux.)

Le vaginisme est en principe une contracture due soit à un réflexe ayant son point de départ dans une lésion des organes, soit à un état nerveux local ou général. L'auteur développe l'étiologie du vaginisme. Il examine d'abord les cas existant avec lésions inflammatoires, puis ceux sans lésions visibles, c'est-à-dire d'ordre purement nerveux. Nous croyons que l'absence de lésions constatable n'écarte pas la possibilité de l'existence d'une cause locale qui peut facilement échapper à l'attention. La plupart des cas de vaginisme seraient donc pour nous le résultat de lésions, celles-ci pouvant rester inaperçues. M. Dubois consacre un chapitre spécial à une cause de vaginisme qu'il croit fréquente : l'influence du mari dans la production de cette maladie. Il croit, avec Lorain qu'il cite, que les hommes, trop souvent, n'ont pas la délicatesse, le sentiment des caresses préliminaires qu'ils doivent à leur femme ; bref, de tels maris seraient ou des brutaux, ou bien des innocents, sans initiative suffisante. D'après Lorain, toujours cité par l'auteur, il y a énormément de femmes *fort distinguées* (*sic*) dans le monde qui, pour les raisons ci-dessus, n'ont jamais pu effectuer un acte très naturel ! Pour M. Dubois, la responsabilité du mari est donc, comme on le voit, très grande. L'auteur tend à démontrer que si certains maris avaient plus d'adresse ou de délicatesse, les cas de vaginisme seraient plus rares. Ce sont là des vues sages, expérimentées, dont il faut le féliciter. L'immortel Ambroise Paré a émis, il y a plus de trois siècles, des propositions semblables. Voici ce qu'il dit dans son *Traité de la génération de l'homme* (1573) :

« L'homme estant couché avec sa compagne et épouse, la doit mi-
g ier, chatouiller, caresser, esmouvoir, s'il trouvait qu'elle fut dure
à peron et le cultivateur n'entrera dans le champ de Nature humaine
à stourdy, sans que premièrement n'ait fait ses approches, afin
q le soit esprise du désir du masle, qu'elle prenne volonté et appé-
ti habiter », etc...

M. Dubois nous paraît exagérer un peu le rôle moral du médecin en présence du vaginisme dû à l'inhabilité ou à l'incompatibilité des intéressés. Quand deux époux du reste normalement constitués sont incapables de remplir réciproquement leur rôle, malgré les interventions rationnelles et chirurgicales, il nous semble que le médecin peut les abandonner à leur sort.

M. Dubois traite à part la question de la diathèse herpétique, source fréquente de vaginisme, même chez les femmes-mères. Cette cause rentre directement dans la catégorie du vaginisme avec lésions inflammatoires dont il a été question déjà.

Comme traitement, M. Dubois préconise particulièrement les applications de cocaïne qui, d'après les observations citées, auraient donné de notables succès. P.

(*Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux.*)

MENSTRUATION PRÉCOCE CHEZ UNE ENFANT DE SEPT ANS,

Par M. Lutaud.

Le 11 octobre dernier mon confrère le Dr Miquel me fit appeler auprès d'une enfant, Mlle X.., âgée de 7 ans et deux mois, qui venait d'avoir, pour la troisième fois, un écoulement vulvaire présentant tous les caractères de la menstruation.

Cette enfant est bien développée et ne présente aucun vice de conformation, sa taille est un peu plus élevée que ne le comporte son âge.

En septembre dernier, trois mois avant mon examen, la petite X .. se plaint de douleurs lombaires ; elle était depuis quelque temps fatiguée, triste et alanguie. Sa mère fut très surprise de trouver des taches de sang sur son linge. Le Dr Miquel, qui fut appelé, mit l'enfant en observation et put constater à la vulve un écoulement sanguinolent qui persista pendant trois jours.

Cet écoulement cessa pour reparaître 28 jours plus tard, le 12 octobre. Il dura quatre jours et il fut accompagné des mêmes symptômes : douleurs lombaires, fatigue, abattement.

Le 7 novembre, 25 jours plus tard, réapparition des mêmes phénomènes.

Lors de mon examen, le 11 novembre, je constate encore à la vulve quelques traces de l'écoulement menstruel qui vient de se terminer.

Le ventre n'est pas douloureux et pas plus développé que ne le comporte l'âge de l'enfant. Il existe un peu de rougeur inflammatoire à la vulve. Ni les signes extérieurs, ni les renseignements obtenus ne permettent de supposer que l'enfant soit adonnée à la masturbation.

Cette petite fille paraît fatiguée, alanguie ; d'après le dire de la mère, elle ne prend aucun goût aux exercices et jeux de son âge ; les yeux sont grands et bistrés.

Les seins sont gonflés et on sent distinctement les glandes mammaires hypertrophiées.

A part cela, il n'existe chez cette enfant aucun trouble morbide, physique ou intellectuel.

Je ne présente cette courte observation que pour sa rareté ; la menstruation la plus précoce que j'avais observée l'avait été sur une enfant de 9 ans 1/2. (*Soc. obst. et gyn.*, 11 déc. 1890.)

TUMEUR DE L'OMBILIC. — TUMEURS MALIGNES DES OVAIRES,

Par le D. F. Villar, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une femme opérée ce matin même par M. le professeur Demons : il s'agit d'une tumeur de l'ombilic coïncidant avec des tumeurs malignes des deux ovaires.

Devant insister tout particulièrement sur la tumeur ombilicale, je rappelle en deux mots l'histoire de la maladie :

Mme X... se plaignait depuis quelque temps de douleurs abdominales ; elle avait remarqué que son ventre augmentait un peu de volume, lorsque un beau jour elle s'aperçut que sa cicatrice ombilicale était un peu saillante. A cette époque, nous dit la malade, la tumeur ombilicale s'affaissait sous la pression du doigt.

Bientôt, les signes d'une tumeur abdominale devinrent plus nets et la tuméfaction de l'ombilic plus considérable.

C'est alors que le Dr Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande) adressa la malade à M. Demons.

A l'examen, on constate : 1° une volumineuse tumeur dépendant de l'ovaire ; 2° de l'ascite ; 3° de l'épanchement pleural ; 4° une tumeur de l'ombilic.

Cette tumeur, du volume du poing, offrait dans son ensemble une consistance mollasse ; cependant, on trouvait par place de la fluc-

tuation et deux noyaux durs dans deux points diamétralement opposés. Peau distendue, mais normale.

En tenant compte du renseignement donné par la malade, à savoir que, à un moment donné, la tumeur s'affaissait sous la pression du doigt et en se basant sur les caractères mêmes de la tumeur, il était permis de supposer qu'elle avait une épiplocèle.

L'opération fut décidée et pratiquée, ce matin même.

TROIS OBSERVATIONS D'ACCIDENTS A LA SUITE D'INJECTIONS VAGINALES MAL FAITES CHEZ TROIS FEMMES BIEN PORTANTES,

Par le Dr Roulin.

En octobre 1890 je fus appelé en toute hâte chez Madame L., demeurant à Paris, 20, rue Baudin. Voici ce qui s'était passé.

Madame L., qui est une jeune femme bien portante, est accouchée il y a 2 mois environ, et a conservé depuis lors l'habitude de faire des injections vaginales comme soins de propreté. Cette fois, Madame L. venait de prendre son injection comme d'habitude et pour cela faire s'était assise sur le bidet, avait introduit la canule en caoutchouc mou dans ses parties et avait accroché à un endroit assez élevé le réservoir de liquide contenant la solution d'acide borique à 4 %. Tout alla bien d'abord, mais à peine l'injection était-elle terminée que Madame L. fut prise de violentes douleurs dans le ventre et dans les reins, douleurs tellement intolérables qu'elle eut tout le mal du monde à regagner son lit. En même temps la face s'était grippée : les personnes présentes ont dit à la malade qu'elle était méconnaissable. Elle avait des vertiges, des défaillances ; son malaise était tel qu'elle crut sa dernière heure venue. En même temps se produisirent des vomissements à deux reprises successives.

Quand je vis la malade, 2 heures après l'accident, il était alors environ 11 heures du matin. La figure avait repris son expression naturelle, mais la malade se tordait encore dans le lit, ne sachant quelle position prendre. La main appliquée sur le ventre ne provoquait aucune douleur et pourtant la malade souffrait terriblement de cette partie et des reins. Le pouls battait 80.

Je prescrivis 1/4 de lavement avec dix gouttes de laudanum de Sydenham et du champagne frappé.

Le soir, quand je revis la malade, la figure était très rouge, mais

il y avait moins de souffrance ; un léger écoulement sanguin se faisait par les parties génitales. Le lendemain, la malade demandait à manger. La température était normale, mais l'écoulement sanguinolent continuait par les parties génitales. Il n'y avait plus de douleurs.

Le surlendemain tout était rentré dans l'ordre, à l'exception de l'écoulement sanguinolent, qui dura 2 ou 3 jours encore et disparut à son tour.

Obs. n° 2. — L'observation précédente n'est pas un fait isolé : quelques jours auparavant Madame I., demeurant 43, rue de la Victoire, avait également été prise subitement, au milieu de la santé, après une injection vaginale, des mêmes malaises, même défaillances, mêmes douleurs, mêmes vomissements, mêmes écoulement sanguin par les parties. La guérison avait encore été plus prompte ; la malade était sur pied le lendemain, mais continuait à perdre un peu de sang; la seule différence à signaler, c'est que cette malade avait fait usage de l'injecteur à main avec sa petite canule en os et d'eau de noyer.

Obs. n° 3. — Dans la nuit du jeudi au vendredi 31 janvier, je fus appelé chez Madame J., demeurant 48, rue Condorcet. Voici ce que me raconta la malade à mon arrivée à 3 h. 1/2 du matin. Hier soir, à 11 heures, j'ai pris une injection ; étant pressée, je me suis assise sur la cuvette et me suis servi de l'injecteur à main. Le liquide employé était la solution d'acide borique qui me sert habituellement. A peine avais-je introduit la canule et commencé l'injection que je me sentis prise de douleur dans le ventre et dans les reins ; j'éprouvais la sensation d'une barre. Je continuai néanmoins, mais à peine avais-je fini que les douleurs augmentèrent et devinrent intolérables, si bien que j'ai eu grand'peine à regagner mon lit. En même temps je fus prise d'étouffements et de frissons à claquer des dents, qui se reproduisirent à plusieurs reprises ; je n'ai eu ni vomissements, ni envie de vomir.

Au moment où j'examinai la malade, le pouls bat 100. Les frissons ont disparu, mais les douleurs du ventre persistent intenses. La malade n'a aucune bonne position dans son lit, le ventre est peu sen-
le à la pression, on provoque pourtant une légère douleur en ap-
yant sur les côtés inférieurs du ventre. Je prescrivis 1/4 de lave-
ent avec dix gouttes de laudanum de Sydenham.

Le lendemain matin vendredi, le pouls donne 90 et la température de 36,7. La sensibilité persiste sur les côtés du ventre. La malade

va bien, elle se croit assez guérie pour se lever ; mais à peine est-elle debout qu'elle est obligée de se coucher en proie de nouveau aux maux de reins.

La malade prend de nouveau un lavement laudanisé et 1/2 verre d'eau de Rubinat. Le surlendemain tout était rentré dans l'ordre.

Ces observations m'ont paru utiles à publier, parce que les accidents observés paraissent bien dus à l'injection vaginale. Comment admettre, en effet, que chez trois malades bien portantes jusque là il se soit produit subitement après l'injection des accidents de la nature de ceux décrits plus haut sans que cette médication en eût été la cause et qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence ? C'est évidemment impossible. Les auteurs, Martineau entre autres, du reste, disent qu'une injection vaginale mal donnée peut avoir des conséquences graves : les observations précédentes sont la confirmation de cette opinion.

Elles nous montrent de plus que si l'injection vaginale doit être employée — je dirai même qu'il n'y a pas de traitement gynécologique sans elle — il faut du moins savoir l'employer et il faut apprendre à la malade à la faire. Je n'ai pas besoin de rappeler les précautions qui doivent y présider et qui sont connues de tous : décubitus dorsal, absence de jet et introduction modérée de la canule ; ce sont justement ces précautions qu'avaient omises les malades en question.

Maintenant, à quoi faut-il attribuer les accidents survenus ? Est-ce à la contusion de la matrice et de ses annexes par le jet de liquide ? C'est possible, et les dernières observations surtout tendent à le faire croire : on pourrait admettre là une métrite légère.

Est-ce à l'introduction dans la cavité utérine du liquide venant jouer le rôle de corps étranger et amenant les accidents qu'on observe quelquefois après le cathétérisme ? La chose n'est pas impossible. Est-ce enfin à l'introduction de l'air dans le sinus ? On n'a pas oublié que Depaul attribuait à cette cause les cas de mort subite observés à la suite des douches frappées sur le col utérin dans le but de provoquer l'avortement. C'est encore possible : une quantité d'eau suffisante pour amener des accidents, mais non pour produire la mort, ayant pu pénétrer dans le sinus.

Quoi qu'il en soit, en l'absence d'autopsie, je crois que le mieux est de rester dans le doute quant à la cause productrice du mal.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

ÉPITHÉLIOMA HÉTÉRO-HISTIQUE DE L'UTÉRUS.

M. Paul Petit présente à la Société obstétricale, séance du 13 novembre 1890, un épithélioma hétéro-histique de l'utérus, provenant du service de M. Pozzi.

C'est un exemple très curieux et inédit de la coexistence dans l'utérus de deux néoplasmes épithéliaux malins à type histologique différent.

La pièce, examinée aussitôt après son extirpation, nous a offert les détails suivants : A l'œil nu, le néoplasme paraît circonscrit aux couches les plus internes du corps de l'utérus sous forme d'un putrilage blanchâtre recouvrant une paroi considérablement hypertrophiée, et de consistance scléreuse. L'examen histologique pratiqué à ce niveau, de la cavité utérine vers l'extérieur sur un cube de 1 c. m 1/2 d'épaisseur, nous a facilement permis d'affirmer l'existence d'un épithéliome cylindrique dont les tubes confluents infiltraient le muscle dans toute l'étendue de la coupe. Cette constatation faite, nous nous sommes portés à la recherche des lésions de voisinage :

Sur un fragment détaché de l'isthme, les glandes et le tissu environnants avaient un aspect normal ou paraissaient légèrement enflammés. Mais pas trace de néoplasme.

Vers la surface vaginale du museau de tanche qui, en apparence, était tout à fait sain, et à 2 m. m. environ de son orifice, le hasard nous a fait tomber, en une zone très limitée se présentant à l'œil nu sous forme d'une petite encoche, d'un coup d'ongle, sur un début d'épithéliome pavimenteux. En cette zone, on voit se détacher du revêtement pavimenteux normal plusieurs bourgeons dont le plus central, beaucoup plus large et plus profond que les autres, s'enfonce à 1 m. m. de profondeur environ. Dans ces bourgeons les cellules muqueuses de la couche moyenne ont un protoplasme énorme et sont déformées par pression réciproque ; les cellules les plus profondes se rapprochent de l'état indifférent et se confondent d'une façon insensible avec une enveloppe embryonnaire plus ou moins épaisse au delà de laquelle le stroma du col et ses glandes se montrent avec leurs caractères normaux. Cette zone de prolifération, où les deux éléments épithélial et conjonctif semblent se confondre dans le même processus, suffit à elle seule pour en affirmer la nature maligne.

Il s'agirait là, en somme, suivant les néologismes de M. Verneuil, d'un double cancer épithélial à la fois hétéro-histique et mono-organique, c'est-à-dire d'un néoplasme double de naissance et non par

généralisation, de type histologique différent (épithéliome cylindrique dans le corps ; épithéliome pavimenteux vers la surface du col), existant à la fois sur le même individu et le même organe. Le fait intéresse au moins autant la pathologie générale que la gynécologie. Pour demeurer sur le terrain qui nous est propre, je me contenterai de le rapprocher de cet autre fait soutenu par Abel, Landau, Waldeyer, et qui nous paraît, il est vrai, à nous et à beaucoup d'autres, des plus problématiques, à savoir la coexistence fréquente de l'épithéliome du col et du sarcome de la muqueuse utérine.

(*Journal de médecine de Paris.*)

SÉCRÉTION LACTÉE ANORMALE.

On considère trop généralement, au point de vue médico-légal, l'existence d'une sécrétion mammaire comme étant la conséquence inévitable d'un état de grossesse ou d'un accouchement récent. Si telle est la règle générale, il n'en existe pas moins des observations, nombreuses déjà, qui tendent à prouver que cette sécrétion peut parfaitement s'établir en dehors de tout état gravide ou puerpéral, aussi bien chez la jeune fille que chez la femme mariée. Dans ces cas, elle produit un liquide plus ou moins abondant et présentant seulement un aspect laiteux. Généralement on a constaté la concomitance de certains troubles des fonctions utérines ou ovariques, mais pas assez souvent cependant, pour que l'on puisse établir une relation de cause à effet. Le *Medical Record* rapporte que le Dr Otto Engstrom vient d'observer cinq cas de sécrétion lactée anormale, qu'il résume comme suit :

Chez une femme mariée, âgée de 36 ans, la sécrétion lactée durait depuis plus de trois ans. Cette femme fut opérée d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire, mais l'opération ne fut pas suivie de la suppression de ce trouble de sécrétion.

Une femme, chez laquelle on ne découvrit qu'une légère endométrite, présentait une sécrétion anormale consistant en quelques gouttes d'un liquide ressemblant au colostrum, et qui apparaissait par une légère pression sur les seins.

Chez une femme, non mariée, âgée de 34 ans, atteinte d'endométrite et d'antéflexion de l'utérus, les seins sécrétaient un liquide jaunâtre. Cet écoulement disparut après la guérison des troubles utérins.

Une autre femme, aussi atteinte d'endométrite et de rétroflexion de

l'utérus, vit aussi disparaître la sécrétion d'un liquide laiteux, après redressement de l'utérus.

Enfin, une femme mariée, âgée de 26 ans, souffrant de désordres utérins, fut aussi délivrée d'une sécrétion lactée anormale, qui s'était établie au sein droit, et qui disparut en même temps que la guérison des troubles utérins s'obtenait.

Ces faits sont propres à raffermir l'opinion de ceux qui considèrent les fonctions mammaires comme réglées ou tout au moins établies par des influences réflexes d'origine utérine.

SUR LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA MATRICE,

Par le docteur TANNEN.

Voici une statistique qui fournit des renseignements précis sur la valeur de l'intervention opératoire dans les cas de cancer de la matrice ; elle émane de la clinique gynécologique de Breslau :

Le nombre des cas de carcinome pour lesquels on a eu recours à une opération radicale s'est élevé à cent trois : dix femmes sont mortes des suites de l'opération, ce qui donne un taux de mortalité de 9.7 p. 100. Au bout d'un an, la proportion des survivantes était de 57 p. 100, au bout de deux ans de 47 p. 100. La proportion des cas exempts de récidive, au bout d'un temps variant de trois à cinq ans, a été de 42,3 p. 100.

La plupart des récidives se sont déclarées dans le cours de la première année qui a suivi l'opération, mais les récidives peuvent se déclarer très tardivement, au bout de quatre ans et plus, ainsi que le prouve une observation de Tannen.

Dans les cas de récidive, la mort est survenue au bout d'un temps qui a varié de six à neuf mois. A la clinique de Breslau, on en est venu à restreindre le cercle des indications de l'extirpation totale de l'utérus, la preuve étant faite que, lorsque les ligaments sont rigides, indurés, non seulement l'opération se heurte à de grandes difficultés et à des dangers plus sérieux, mais, en outre, les récidives sont presque inévitables. M. Tannen conclut, en somme, que :

1° La guérison du cancer de l'utérus, à la suite de l'hystérectomie vaginale, est possible, mais qu'elle est toujours de durée limitée ;

2° L'extirpation radicale de l'utérus cancéreux a, à son actif, un grand nombre de guérisons momentanées ;

3° L'infiltration du paramétrium et la rigidité de l'appareil ligamenteux constituent des contre-indications à l'extirpation totale ;

4° Il y a lieu de repousser toutes les opérations partielles tendant à la cure radicale, sauf lorsque l'intervention chirurgicale s'impose chez une femme gravide.

(*Archiv für Gynœcologie*, t. XXXVII, fasc. 3.)

LES REINS MOBILES CHEZ LES FEMMES.

Les déplacements des reins constituent une anomalie assez fréquente chez les femmes et on ne connaît pas encore très bien leur influence sur un grand nombre de maladies. A l'encontre de ce qu'affirment la plupart des auteurs, Lindner a observé le plus grand nombre de reins mobiles chez les multipares, et à un âge où le relâchement des parois abdominales ne peut s'être encore produit. Aussi l'auteur admet-il que l'anomalie est congénitale ou qu'elle se développe chez les prédisposées par suite de circonstances adjuvantes. Au point de vue symptomatologique, Lindner insiste surtout sur les signes que donne la palpation pratiquée avec les deux mains, la droite en avant sur la paroi abdominale, la gauche appliquée sur la région lombaire ; l'existence d'une tumeur mobile ayant la forme et la consistance des reins est caractéristique. Quelques symptômes subjectifs ont une grande valeur, surtout les troubles digestifs, la constipation, la fétidité de l'haleine. Tous ces symptômes tiendraient souvent à la mobilité du rein droit et disparaîtraient sitôt que l'organe est fixé par un bandage. Enfin les troubles nerveux sont très communs. Le port d'un bandage approprié est le meilleur traitement à opposer ; s'il ne réussit pas à rendre l'existence supportable, l'auteur est d'avis de pratiquer la néphrectomie, après s'être assuré de l'état de l'autre rein ; mais il repousse la néphrorraphie par la méthode de Hahn comme donnant des résultats insuffisants.

(*Pest. médic.* et *France médic.*)

RÉAPPARITION DES RÈGLES, PUIS GROSSESSE CHEZ UNE FEMME A LAQUELLE ON AVAIT ENLEVÉ LES DEUX OVAIRES.

Une jeune femme de vingt-trois ans a des douleurs permanentes dans la région des ovaires ; elle perd à peu près continuellement une petite quantité de sang. La vie, pour elle, est devenue très pénible :

Anderson (de Glasgow), lui enlève les deux ovaires. Tous deux présentent des traces d'ovarite chronique : le gauche est kystique. Après l'opération, les douleurs disparaissent, ainsi que la métrorrhagie. La malade est enchantée. Quatre mois après, les règles se montrent et durent quatre jours. Elles se reproduisent ainsi pendant six mois. La jeune femme se marie, devient enceinte et accouche d'un enfant mort-né.

On a vu des hommes privés de leurs testicules avoir cependant des enfants ; la malignité publique n'était pas embarrassée pour expliquer semblable fécondité. Avec une femme privée de ses ovaires, l'interprétation deviendrait beaucoup plus difficile si l'on ne connaissait l'existence des ovaires supplémentaires.

Il est curieux, toutefois, de constater que non seulement la menstruation, mais aussi l'ovulation se soient rétablies avec une pareille régularité et que la conception ait eu lieu après une castration en apparence complète. (*Gazette de Gynécologie.*)

LE SARCOME PRIMITIF DU VAGIN DES JEUNES ENFANTS,

Par M. Fruk.

Voilà une affection rare, on en compte sept cas, dont six terminés par la mort (*Virchow's Arch.*, Bd. 117, Heft 2, p. 248.)

M. Fruk en a observé deux autres cas sur deux fillettes ; l'une de sept ans, l'autre de deux ans et demi. On pratiqua l'extirpation : chez la première, il y eut récidive rapide et mort ; chez la seconde, on dut intervenir huit mois après la première opération, mais le résultat fut heureux et persiste depuis deux années.

Ces sarcômes infantiles sont mixtes, d'apparence polypoïde et à moins d'intervention heureuse, se terminent fatalement en moins d'une année. Il faut les opérer par l'excision et enlever la plus grande épaisseur possible des tissus de la paroi vaginale.

VARIÉTÉS

—

Les femmes pharmaciennes. — M. Maurice de Fleury écrit dans le *Temps*, sous la signature d'Horace Bianchon :

« Le *Progrès médical* émet une idée neuve, assez heureuse, à ce qu'il semble. La voici, en deux mots : Il y a, en ce moment-ci, sur le

pavé de Paris, un nombre relativement considérable de femmes instruites et pauvres, munies de leur brevet, ardemment désireuses de gagner leur vie, et ne trouvant à s'employer comme institutrices. Pourquoi ne pas leur conseiller de se faire... pharmaciens? C'est là une profession sédentaire, aisément accessible, qui permet de ne pas quitter le foyer conjugal et qui n'exige pas des études inabordables pour une femme. Depuis l'invasion de la spécialité pharmaceutique, le métier, à la fois plus facile et moins lucratif, attire de moins en moins les hommes. Il semble convenir bien mieux aux femmes, lesquelles sont beaucoup plus aptes à rouler des pilules et à tenir une officine qu'à pratiquer... la médecine, par exemple. Comme mon confrère du *Progrès médical*, je crois qu'elles y gagneraient beaucoup et que les malades n'y perdraient rien. »

—

Le cinquantenaire de Mlle Bottard. — Une intéressante cérémonie a eu lieu dernièrement à la Salpêtrière, sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, pour fêter le cinquantenaire des services hospitaliers de Mlle Bottard, surveillante de cet établissement où elle a débuté comme infirmière le 12 janvier 1841. Le grand amphithéâtre de la Salpêtrière, élégamment décoré, contenait une foule nombreuse d'invités. M. Félix Voisin, président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, et M. le professeur Charcot ont successivement rendu hommage à la vie de dévouement de Mlle Bottard. M. Louis Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière et librettiste bien connu, a lu une pièce de vers adressée à Mlle Bottard; M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière, lui a offert un magnifique bronze au nom de tout le personnel de l'hospice; enfin, M. Peyron a lu une lettre de M. Demagny, chef de cabinet du ministre de l'intérieur, annonçant que M. Constans décernait une médaille d'or à Mlle Bottard.

—

La mort de Jésus-Christ. — Le Dr C.-C.-P. Clark, d'Oswego, publie dans le *Medical Record*, de New-York, un article de critique médico-biblique.

Il admet tout d'abord que, selon toute vraisemblance, Jésus-Christ n'est pas mort par le seul effet de sa mise en croix. Ce mode de supplice était très employé chez les Romains, chez les Juifs et dans d'autres nations de l'antiquité, et il lui paraît abondamment prouvé, ce qui est d'ailleurs en rapport avec ce que nous savons de l'organisme, que lorsque la victime était d'une santé ordinaire, elle survivait à

cette torture de deux à quatre ou cinq jours. Or, Jésus ne fut crucifié que pendant plusieurs heures, 6 au maximum, car lorsque à la 9e heure, c'est-à-dire à 6 heures de l'après-midi, on alla demander à Pilate ce qu'il fallait faire de son corps, il fut très étonné d'apprendre que la mort était déjà accomplie. (Marc, XV, 41.)

L'orthodoxie enseigne que lorsque Jésus fut descendu de la croix par Joseph d'Arimathie et placé dans le sépulcre taillé dans le flanc du rocher, il était réellement mort. Du moins les soldats, envoyés pour achever le supplice en lui brisant les jambes, le considérèrent bien comme tel.

Sans nous arrêter au caractère miraculeux ou surnaturel de toute cette histoire, prenons sans opinion préconçue, la narration de l'évangile et voyons les déductions que l'on peut en tirer :

Les évangélistes racontent, sans préciser le moment, que Jésus-Christ rendit l'âme sur la croix. Il s'agissait sans doute d'une syncope produite par son état d'épuisement et d'abattement et par le découragement qu'il devait éprouver en prononçant ces paroles : « Eli, Eli, lamma sabacthani », c'est-à-dire : Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'avez-vous abandonné (Marc, XV, 34). Il est possible, d'autre part, qu'il ait voulu se soustraire aux cruautés qu'on lui avait déjà fait subir en lui offrant, pour apaiser sa soif, une éponge trempée dans du vinaigre.

Quoi qu'il en soit, lorsque les soldats vinrent pour achever les victimes en leur brisant les jambes, ils se bornèrent à briser celles des deux voleurs crucifiés aux côtés de Jésus ; quant à lui, ils le trouvèrent dans un état que des gens ignorants pouvaient facilement prendre pour la mort. Jésus, en effet, était déjà très épuisé par le jeûne et par l'inquiétude et il était d'une nature particulièrement sensible.

L'évangile selon saint Jean (XIX, 32, 37 et XX, 27) donne une explication satisfaisante du mystère : « Or, comme c'était la veille du sabbat, et que ce sabbat était fort solennel, afin que les corps ne demeurassent point sur la croix pendant le jour, les Juifs demandèrent à Pilate qu'on leur rompît les jambes et qu'on les enlevât. Des soldats vinrent donc et rompirent les jambes au premier et à l'autre qu'on avait crucifiés avec Jésus. Puis, s'étant approchés de lui et comprenant qu'il était déjà mort, ils ne lui rompirent point les jambes, mais un d'eux lui ouvrit le côté d'un coup de lance et aussitôt il en sortit du sang et de l'eau. »

La physiologie permet d'affirmer que puisque cette blessure a donné du sang, Jésus-Christ n'était réellement pas mort ; d'autre part, la plaie ayant donné de l'eau, on peut admettre qu'elle a porté sur la vessie. Cette blessure ne devait pas compromettre immédiatement l'existence. Elle pouvait assurément permettre à Jésus de marcher ou au moins d'être transporté et de se montrer de temps à autre les jours suivants ; néanmoins, la chirurgie antiseptique n'était pas très florissante à cette époque et Jésus, forcé de se cacher, n'a dû recevoir que des soins assez précaires : sa plaie a donc pu avoir une issue fatale au bout d'un certain temps.

Cette explication de la pseudo-résurrection de Jésus après sa mort supposée sur la croix est en somme assez plausible. Transporté par les soins d'amis fidèles dans une tombe fraîche et placé dans la position horizontale, il est sorti au bout de quelques heures de son état de syncope et a pu gagner une retraite choisie laissant dans le tombeau son linceul que Marie, mais non Simon-Pierre, prit pour la robe blanche d'un ange. Il passa là ses derniers jours, se cachant soigneusement de ses ennemis, mais se montrant à quelques-uns de ses plus fidèles disciples.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus,** par Manuel Cuellar. Paris, Steinheil, 1891.

II. **De la possibilité d'enrayer la syphilis après l'apparition du chancre induré,** par le Dr Louis Jullien.

III. **Plaie par arme à feu du condyle interne du fémur,** par le Dr Jullien. Paris, Davy, 1891.

IV. **Sur l'antisepsie des voies urinaires par la médication interne,** par M. Lacroix. Paris, 1891.

V. **De la tuberculose testiculaire chez les enfants,** par le Dr Louis Jullien. Paris, 1890.

VI. **Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris,** pour l'année 1891. Paris, 1890.

VI. **De l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution,** par le Dr Berlin (de Nice). Couronnée par l'Académie de Médecine. Paris, Doin, 1890.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

45.— Contribution à l'étude du traitement de la cystocèle vaginale, par le Dr A. Vaton (de Fontenay-Vendée), imprimerie Cassinol. Bordeaux, 1890. — La cystocèle vaginale est rarement isolée, elle fait partie, dans la plupart des cas, de l'ensemble symptomatique qui constitue « la maladie des femmes ». A la métrite, au prolapsus utérin s'ajoutent presque toujours cystocèle et rectocèle, avec parfois uréthrocèle, etc., etc. D'où de multiples opérations simultanées peuvent devenir nécessaires si l'on veut rémédier à tous ces symptômes morbides réunis sur la même région. M. Vaton semble avoir bien vu ce point, et après l'avoir exposé en quelques lignes, nous donne un exposé chirurgical des moyens de contention de la vessie prolabée. Il divise ces procédés opératoires en deux groupes : les colporrhaphies et les cystopexies. Les premières nous semblent avoir été décrites avec soin, des figures démonstratives accompagnent les indications opératoires et les éclairent. Après avoir étudié quelques procédés, malheureusement pas tous, peut-être M. Vaton les a-t-il trouvés trop nombreux, il donne la préférence à celui de Stolz, lequel consiste à faire sur la cystocèle un avivement en disque, puis à circonscrire par une anse de fil *faux filée* les bords de l'avivement, de façon qu'en la serrant on détermine un étranglement de l'avivement, comme un cordon le fait de l'ouverture d'une bourse.

Quant aux cystopexies, l'auteur donne la seule observation où fut par son inventeur tentée la cystopexie sous-péritonéale, avec un tel succès qu'il dut, pour obtenir un résultat, compléter son intervention par la colporrhaphie. Du reste, cette méthode opératoire présentée à la Société de chirurgie fut l'objet d'un rapport de M. Terrier et d'une discussion à laquelle prit part M. Verneuil : elle fut enterrée en première classe, sous les fleurs et nous regrettons que M. Vaton n'ait pas reproduit l'opinion des maîtres qui eurent à la juger et à la condamner. Quant au procédé de Phocas et Dumoret, il fut compris dans le même jugement, avec cet « attendu que » en plus il fait courir plus de danger à la malade.

Le procédé de Byford consiste à faire une incision au niveau du canal inguinal et à aller chercher à travers le tissu rétropubien la partie correspondante de la paroi vaginale antérieure, traversée par deux points de suture et attirée ensuite dans les lèvres de l'incision où elle est fixée. Dans la même séance est faite la colpopérinéorrhaphie.

En somme, ce qui ressort de la lecture de ce travail de M. Vaton, c'est que c'est à des autoplasties multiples qu'il faut avoir recours si l'on veut remédier à cette pénible affection ; c'est aussi notre avis et celui de tous ceux qui ont su acquérir quelques notions pratiques de gynécologie.

F. Verchère.

***

46. — Traitement de la diarrhée des enfants par le salol. — Le Dr Moncorvo vient de publier un important travail duquel nous détachons les conclusions suivantes :

Le salol peut être considéré comme un précieux agent pour l'antisepsie intestinale chez les enfants de tout âge affectés d'entérite ou d'entéro-colite d'origine malarienne.

Le flux intestinal s'atténue et disparaît dans un très court délai sous l'influence de ce médicament, dont l'action désodorante se révèle aussitôt après son administration.

Les gaz, résultats des fermentations intestinales, ne se reproduisent plus tant que le salol exerce son action aseptique ; en même temps que cela, les coliques et les vomissements ne tardent pas à disparaître.

Le médicament, très bien reçu par les enfants de tout âge, n'a jamais produit chez mes petits malades le moindre phénomène toxique.

Les doses employées ont varié de 15 centigrammes à 2 gr. dans les vingt-quatre heures d'après l'âge et la gravité de chaque cas.

***

47. — L'antipyrine dans la chorée. -- De l'examen de 60 observations recueillies par M. Leroux, on peut tirer les conclusions suivantes :

L'antipyrine exerce une action favorable sur la chorée de Sydenham ; elle en diminue rapidement l'intensité et en empêche la durée.

Cette action favorable s'exerce sur les deux tiers des cas (41 fois sur 60.)

Les récidives et les recrudescences sont fréquentes malgré le traitement par l'antipyrine (36 fois sur 60).

L'antipyrine doit être donnée à doses élevées, 3, 4 et 6 gr. suivant les âges et suivant les cas ; il faut atteindre rapidement les doses élevées.

Les enfants de 5 à 15 ans tolèrent très bien les hautes doses de 3 à 6 gr., même pendant plusieurs semaines.

Jamais il n'y a eu d'accidents d'intoxication grave. Souvent même les éruptions, les troubles digestifs sont passagers, et après un court repos, l'antipyrine est très bien tolérée à la reprise.

Jamais d'albuminurie ; les urines sont normales, l'élimination est parfaite.

Les éruptions ne sont pas rares (16 fois sur 60) en dehors des éruptions ordinaires observées par les auteurs. L'auteur signale l'érythème scarlatiniforme généralisé avec énanthème buccal et pharyngé, la roséole avec œdème de la face, des mains et des pieds, sans albuminurie ; l'érythème polymorphe exsudatif de la face et de la muqueuse buccale. Des éruptions se sont reproduites à plusieurs reprises chez le même malade sous l'influence d'une dose nouvelle d'antipyrine.

***

48. — **Le menthol dans la diphthérie.** (*Revue de thérapeutique*, 1890, n° 23.) — Wolf a proposé de toucher les points diphthéritiques avec le menthol. Si les fausses membranes se sont très étendues, le traitement ne possède qu'une action limitée, c'est surtout au commencement de la maladie que la désinfection locale a toute sa valeur. Le menthol est mélangé à la poudre de sucre dans la proportion de 1 à 10 ou de 1 à 20. La poudre est appliquée avec un large pinceau après qu'on a préalablement enlevé les fausses membranes ; le menthol est ainsi mis en contact direct avec la surface sous-jacente. L'emploi de la poudre facilite l'application, qui doit être ouvelée trois fois par jour. Son action désinfectante se fait ainsi inuellement sentir dans la bouche. Le second ou le troisième , les taches diphthéritiques disparaissent pour laisser à nu des ultions bien nettes et plus facilement traitables. Le menthol a été mmandé par d'autres médecins dans la diphthérie ; il possède

d'ailleurs un pouvoir bactéricide supérieur à la quinine ou à l'essence de térébenthine.

***

49. — Coqueluche, traitement par la vaccination. — M. le docteur Cachazo, ayant vacciné un enfant atteint de coqueluche, remarqua que, presque immédiatement après la vaccination, il se fit un amendement considérable; après cela, il expérimenta l'action du virus vaccin dans cinq cas extrêmement graves. Quatre de ces cinq malades étaient dans un tel état qu'on avait des craintes sérieuses pour leur vie. Les attaques convulsives étaient presque continues et s'accompagnaient de suffocation imminente par les vomissements et les émissions de sang par la bouche et le nez. Le docteur Cachazo vaccina chacun de ces malades, et aussitôt que les symptômes fébriles de la vaccination se manifestèrent, la scène morbide fut entièrement modifiée. La toux cessa presque entièrement, prit un simple caractère catharral, et disparut tout à fait au bout de huit ou dix jours. L'auteur a complété le traitement en soumettant les malades à des inhalations d'une solution d'acide phénique au centième, en se fondant sur l'opinion de Theile, qui admet que les microbes de la coqueluche siègent, non dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, mais superficiellement dans le mucus, de telle sorte que les inhalations antiseptiques les atteignent et les tuent facilement. Du reste, il ne cherche point à expliquer le mode d'action du virus vaccin sur la coqueluche.

(*The thérap. Gaz.* et *Union Méd.*)

***

50. — De l'extraction de la tête dernière. (Demelin.) — Avec M. le Dr Auvard, nous étudierons successivement les cas où la tête du fœtus venant dernière est arrêtée : 1° sur le plancher périnéal ; 2° au niveau de l'orifice utérin ; 3° au détroit supérieur rétréci. Nous examinerons, dans un quatrième chapitre, les faits où la tête reste dans l'utérus après avoir été séparée du tronc (exemple, embryotomie rachidienne).

1. Extraction de la tête dernière arrêtée sur le plancher périnéal. — *Manœuvres manuelles.* La femme est en travers du lit, on termine une version podalique ou une extraction de siège. Le tronc

et les bras une fois sortis des voies génitales, il faut toucher rapidement pour s'assurer :

1° Du niveau où se trouve la tête par rapport au plancher périnéal.

2° De la situation exacte de l'occiput et du menton. Il ne faut pas, en effet, s'en rapporter exclusivement à la direction du dos visible au dehors, pour en déduire la situation de l'occiput ; il peut arriver, en effet, que le cou soit tordu presque à 180 degrés et que le menton soit dirigé dans le même sens que le dos ; sans aller jusqu'à ce point extrême, la tête a pu exécuter un léger mouvement de rotation qui porte le menton en arrière, par exemple, alors qu'on le croyait encore placé à une extrémité du diamètre transverse de l'excavation. Par le toucher, on reconnaît l'écaille de l'occipital à une surface ronde, dure, régulière ; le menton est caractérisé, au contraire, par un rebord osseux, en fer à cheval, circonscrivant un triangle de tissus mous (région sous-mentale).

La situation du menton une fois reconnue, on se met en devoir de pratiquer la manœuvre de Mauriceau.

Si le menton regarde à droite de la femme, introduire la main droite dans les parties génitales ; si le menton est à gauche, introduire la main gauche ; placer l'index et le médius de cette main dans la bouche du fœtus ; le tronc de l'enfant est mis à cheval sur l'avant-bras correspondant ; l'autre main restée libre, s'applique comme une fourche sur la partie supérieure du tronc fœtal ; l'index sur une fosse sus-épineuse, le médius et les autres doigts sur l'autre fosse sus-épineuse. Il ne faut pas appuyer avec l'extrémité de ces doigts sur les clavicules ou sur les plexus brachiaux ; on évitera ainsi des fractures et des paralysies (Budin).

Voilà les mains placées ; il va maintenant falloir extraire.

Tirer sans secousse sur le menton et sur les épaules ; ne pas faire tourner trop tôt le menton en arrière ; abaisser au préalable la tête jusqu'à ce qu'elle soit en contact immédiat avec le plancher périnéal. Alors, mais seulement alors, amener le menton en arrière, puis extraire lentement, en faisant sortir le menton, puis la bouche, le
le front, etc., pendant que le point sous-occipital reste immobi-
ous la symphyse pubienne.
ndant cette extraction, se tenir prêt à empêcher la tête de sortir
quement sous l'influence d'une contraction utérine, trop énergi-
afin d'éviter la déchirure du périnée.

Tel est le cas classique. Mais il peut se faire que l'occiput, au lieu d'être dirigé plus ou moins en avant, regarde directement la concavité du sacrum ; la tête dernière est alors en occipito-sacrée. Deux cas peuvent se rencontrer.

a) Ou la tête en OS est *fléchie*, et on arrive aisément sur la bouche, qui est dans le voisinage de la symphyse ; faire alors la manœuvre de Mauriceau, mais en dégageant la tête, non plus autour de la symphyse, mais autour de la commissure postérieure de la vulve. Aller doucement pour éviter la déchirure du périnée (manœuvre dos sur dos de Pajot, le dos du fœtus se rapprochant du dos de la mère).

b) Ou la tête en OS est *défléchie* ; le menton semble alors accroché au-dessus de la symphyse : la bouche est *inaccessible*. Il ne faut pas perdre de temps à chercher, quand même, à y introduire les doigts. Il faut renverser doucement le fœtus, ventre sur ventre ; le dégagement de la tête se fait autour de la symphyse contre laquelle s'applique la région sous-mentale ; soutenir le périnée pendant que l'occiput se dégage.

Il peut arriver que ces manœuvres manuelles soient insuffisantes pour extraire la tête. La vie du fœtus peut encore être sauvée par d'autres moyens. (*Rev. gén. de clin. et de thér.*)

***

51. — Cent trente-sept cas de déchirure du col opérés par la méthode d'Emmet. (A. Hermonius.) — Dans un travail très long, très complet, l'auteur étudie l'opération d'Emmet ; nous n'en donnons que les conclusions.

1. La méthode de trachélorraphie à lambeau de Senger ne doit pas être préférée à la méthode d'Emmet et peut même être abandonnée, comme plus difficile et moins satisfaisante.

2. La plupart des déchirures du col existent chez les femmes ayant de vingt à trente ans.

3. Les déchirures du col augmentent la probabilité d'un avortement.

4. Les déchirures du col n'empêchent pas la conception ni la grossesse.

5. Elles faciliteraient même la conception.

6. La formation des déchirures est favorisée par les accouchements multiples.

7. Les symptômes les plus fréquents sont : douleurs dans la ceinture pelvienne, flueurs blanches, anomalies de la menstruation, plus rarement constipation.

8. Ces symptômes sont dus aux altérations concomitantes.

9. Les déchirures s'accompagnent souvent d'érosion et d'ectropion de la muqueuse du col.

10. Les déchirures s'accompagnent souvent de métrite et de déchirure du périnée.

11. Il y a une relation entre les déchirures et la rétroflexion.

12. Les déchirures unilatérales siègent ordinairement à gauche.

13. L'opération d'Emmet ne demande, en général, pas de narcose.

14. Huit sutures suffisent, en général, pour les déchirures bilatérales.

15. La grossesse, au moins dans la première période, n'est pas une contre-indication absolue de l'opération.

16. Les sutures (soie) s'enlèvent le vingt-unième jour.

17. Après l'enlèvement des sutures, on tient la malade en observation pendant quatre jours.

18. En faisant avec la trachélorraphie une autre opération, la période post-opératoire devient plus longue.

19. L'opération d'Emmet donne au moins 80 % de guérisons complètes.

Le catgut au genièvre bien préparé, n'ayant pas de qualités inférieures à la soie, a l'avantage de ne pas devoir être enlevé et soustrait ainsi la jeune cicatrice à une cause d'irritation.

20. L'opération d'Emmet, comme atteignant complètement son but, ne peut être actuellement remplacée par aucune autre opération.

(*Journ. accouch., i jensk., bol.*, n° 11, 1889.)

***

52. — Mixture contre l'hyperirritabilité de la vessie (polakiurie). (M. W. Chunn.)

Acide benzoïque.....	1	gramme.
Borax.....	6	—
Eau.....	180	—

Mêlez. — A prendre : trois grandes cuillerées par jour.

Cette mixture calme rapidement les envies fréquentes d'uriner,

surtout lorsque l'hyperirritabilité de la vessie est due à un excès de phosphates dans les urines.

***

53. — Potion contre les coliques menstruelles.

Acétate d'ammoniaque.....	6	grammes
Infusion de fleur de sureau et coquelicots.....	120	—
Eau de fleur d'oranger.....	14	—
Sirop de morphine.....	20	—

Mêlez. Deux à quatre cuillerées par heure contre les coliques qui précèdent ou accompagnent l'écoulement des règles.

(*L'Union médicale.*)

***

54. — Traitement de la dysenterie parasitaire et des oxyures par la naphtaline. — M. C. Minerbi a traité, par cette méthode, vingt-trois cas de dysenterie et déclare en avoir obtenu des résultats très satisfaisants. La guérison n'a jamais exigé plus de quatorze jours.

L'auteur a employé les suppositoires et les lavements huileux. Les suppositoires ont été préparés d'après la formule suivante :

Beurre de cacao..... } ââ 10 grammes.
Naphtaline..... }

Lorsque les ulcérations siègent plus haut que la partie du gros intestin justiciable des suppositoires, l'auteur a recouru aux lavements huileux :

Huile d'olive.....	20	grammes.
Naphtaline.....	5	—

Au début de la dysenterie, grâce au ténesme, les lavements ne peuvent guère être gardés plus d'une demi-heure. Ils devront alors être répétés trois ou quatre fois en vingt-quatre heures.

Ultérieurement, les malades arrivent peu à peu à garder ces lavements pendant cinq ou six heures et même à les absorber. Ils présentent en outre l'avantage de ne pas provoquer de constipation.

Rossbach emploie la naphtaline sous la forme suivante, que l'auteur considère comme inférieure à la méthode qu'il conseille :

Eau bouillante.....	100 grammes.
Naphtaline.....	0 gr. 5 centigram.
Décoction de guimauve.....	500 grammes.

Pour un lavement à injecter à la température de 37°.

Le traitement est évidemment contre-indiqué dans les cas, rares d'ailleurs, où il existe des ulcérations dans l'intestin grêle.

L'auteur a appliqué la même méthode au traitement des oxyures. Onze enfants, infectés par ces parasites, ont été guéris ainsi en moins de huit jours. La formule employée était la suivante :

Naphtaline.....	1 gr. à 1 gr. 50 centigr.
Huile d'olive.....	40 gr. à 60 grammes.

Pour un lavement.

Chez l'adulte, il faut employer les doses plus fortes :

Naphtaline.....	5 à 6 grammes.
Huile d'olive.....	60 à 80 —

Pour un lavement.

(*Riforma medica.*)

***

55. — Gouttes contre la dysménorrhée chlorotique — (Monin.)

Alcoolat de mélisse.....	ãã 15 grammes.
Teinture de safran.....	
Teinture d'iode.....	

Mêlez. — Douze gouttes avant les deux principaux repas, pendant deux mois. — Tous les huit jours, un bain chaud additionné de 125 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

***

56. — Injection antiblennorrhagique et antileucorrhéique. (Lutaud.)

Créoline.....	2 grammes.
Extrait d'hydrastis canadensis.....	10 —
Eau.....	200 —

Faites dissoudre. — Deux cuillerées à soupe dans un demi-litre l'eau chaude, pour une injection destinée à combattre la leucorrhée.

Si l'on a affaire à la blennorrhagie de l'homme, on formule de la manière suivante :

Créoline	X gout.
Extrait d'hydrastis canadensis.....	2 gram.
Eau distillée.....	250 —

F. s. a. une solution qui sera employée pure, en injections uréthrales.

***

57. — Hémorrhagie des femmes en couches. — Le Dr Braun dit : L'hémorrhagie se produit-elle dans les soixante-douze heures qui suivent l'accouchement ? On examine attentivement la tumeur formée par l'utérus. Si la matrice est affaisée et renferme des caillots, on les en expulse par une pression énergique du bas-ventre, et on les extrait du vagin avec le doigt. Dans le cas où l'hémorrhagie persiste, on continue à presser sur l'utérus, et on introduit des morceaux de glace dans le vagin. S'il ne se développe pas de symptômes graves à la suite de l'hémorrhagie, on prescrit une dose entière (1/2 à 1 gramme) de seigle ergoté, avec vingt gouttes de teinture de noix vomique. Toutes les demi-heures, on répète la dose, jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa contractilité. Dans le cas de pertes sérieuses, on applique sur le ventre des linges trempés d'eau froide, et on administre des injections vaginales froides. A l'intérieur, on prescrit le rhum et les vins généreux.

(Le Scalpel.)

***

58.— Bronchite capillaire. — Il faut d'abord faire vomir une ou plusieurs fois selon les indications, appliquer des ventouses sèches (30 à 40) matin et soir, pratiquer une révulsion variée et générale à l'aide des sinapismes, des vésicatoires volants, des badigeonnages avec la teinture d'iode, ou de préférence du papier Vasseur iodé-ioduré qu'on recouvre d'une feuille d'ouate après l'avoir préalablement immergé dans l'eau tiède à l'instar d'un sinapisme.

Insister sur les tisanes de bourgeons de sapin, de polygala, et faire usage des sirops calmants ci-dessus.

Pour remonter les forces du malade une injection hypodermique d'éther sulfurique est indiquée. Chez les enfants, on appliquera successivement de petits vésicatoires volants multiples et on se sou-

viendra que la broncho-pneumonie est une contre-indication aux vomitifs répétés à l'ipécacuanha. Le vomitif primordial sera suffisant.

Pour soutenir et augmenter l'énergie des forces respiratoires, la potion ci-dessous sera un adjuvant excellent :

Chlorhydrate d'ammoniaque.....	1 gr.
Sirop de quinquina.....	50 gr.
— de laurier cerise.....	20 —
Potion de Todd.....	60 —

A faire prendre par cuillerée à café toutes les heures, selon l'âge de l'enfant.

N. B. — Nous recommandons comme très efficaces les inhalations térébenthinées, balsamiques antiseptiques, pratiquées à l'aide d'un flacon barboteur dans lequel pénètrent deux tubes et qu'on remplit à moitié du mélange suivant :

Créosote de hêtre.....	10 gr.
Baume du Pérou.....	25 —
Térébenthine suisse.....	30 —
Teinture d'Eucalyptus..... } *āā*	15 —
— de Benjoin..... }	
Essence de térébenthine.....	100 —

L'air inhalé traverse le mélange et se charge des différents principes médicamenteux dont l'action bienfaisante se fait rapidement sentir.

(*La Clin. franç.*)

***

59. — La térébenthine dans les hémorrhagies post-partum.— Lorsque les moyens ordinaires n'ont pas produit d'effet, il faut saturer une pièce de linge de térébenthine, l'introduire avec la main à l'intérieur de l'utérus et l'exprimer contre les parois, la contracture se produit et toute hémorrhagie cesse instantanément.

(*Revue obstétricale et gynécologique.*)

***

60. — La cocaïne et l'antipyrine contre les vomissements incoercibles. (E. Stuver.) — Les formules suivantes ont été employées avec succès contre les vomissements de la grossesse et contre les gastralgies aiguës :

Cocaïne..... 0 gr. 10
Antipyrine..... 1 gramme.
Eau distillée..... 90 —

M. D. S.—A prendre par cuillerée à café, toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Le même auteur recommande comme anesthésique local la solution suivante :

Cocaïne..... 5 grammes.
Antipyrine..... 15 —
Eau distillée..... 80 —

M. D. S. — A appliquer sur les parties à opérer. Pour l'extraction des dents, il faut laisser en contact les gencives, pendant 15 minutes, avec cette solution et pulvériser les méats auditifs externes avec un spray d'éther : l'extraction devient alors presque indolore.

***

61. — Traitement de la coqueluche. (Sejournet.) — Vomitifs au début et plusieurs fois dans le cours de l'affection, si la toux est grasse ou si des râles existent à l'auscultation ; isolement et séquestration du sujet pendant toute la durée de la maladie ; séjour dans la chambre ; pulvérisations autour du malade, dans son lit et dans sa gorge avec une solution de résorcine à 2 %, soit 50 gr. toutes les heures dans l'air ambiant et quelques jets toutes les deux heures dans la gorge du malade. En cas de persistance des quintes, antipyrine ou sirops calmants à base de belladone.

***

62. — Ergotine dans la gonorrhée. — Roigki considère l'ergotine comme un excellent moyen de guérir rapidement la gonorrhée chronique. Il l'administre simultanément à l'intérieur en pilules et en injections uréthrales, selon la formule suivante :

Ergotine..... 30 centigrammes.
Eau distillée..... 300 grammes.

Faire plusieurs injections par jour.

Ces injections sont très bien supportées. Le même traitement est applicable dans les hémorrhagies de l'urèthre. (*Viadomosci Lekarski*, 1890.)

***

63. — Traitement des végétations de la vulve. (TCHERNOMODIK).

Oxyde de pomb..... 0 gr. 25
Solution de potasse caustique à 33° 7... 0 gr. 50

Mêlez. — **Usage** externe.

Les **végétations**, préalablement lavées avec un désinfectant et essuyées **ensuite** à sec, sont badigeonnées avec un petit tampon d'ouate, **enroulé autour** d'une baguette, tampon qu'on a plongé dans le mélange ci-dessus après l'avoir bien agité. Au bout de cinq minutes elles **noircissent et** se transforment en une masse de consistance muqueuse se laissant facilement enlever avec de l'ouate. Il en résulte une petite plaie qu'on saupoudre d'iodoforme.

Lorsque les végétations sont très volumineuses, on est obligé de les badigeonner deux ou trois fois avec le plomb caustique, ce qu'on peut très bien faire en une seule séance, pourvu que les végétations ne soient pas trop nombreuses. Dans le cas contraire, il est nécessaire de faire plusieurs séances, à des intervalles de deux ou trois jours.

***

64. — Vomissements persistants; guérison temporaire à la suite d'une laparotomie. — Ce fait très curieux publié par le docteur Buckmaster (*New-York medical Journal*, t. III, mars 1890) concerne une femme accouchée depuis huit jours et qui nourrissait son enfant; or, chaque fois qu'elle lui donnait le sein, elle se mettait à vomir un liquide laiteux. Les vomissements se manifestaient encore au bout de dix-huit mois. Ils cessèrent pendant quatre mois, après une première laparotomie, puis ils se reproduisirent avec leur intensité première. Le lavage de l'estomac, un régime sévère, l'amputation du col restèrent sans effet. Nouvelle laparotomie, nouvelle cessation des vomissements pendant cinq mois.

L'auteur pense qu'il s'agissait, dans ce cas, de vomissements chyleux: le sang des nourrices est chargé de chyle, et quand celui-ci ne trouve pas à s'écouler en quantité suffisante par les glandes mammaires, il s'échappe par un autre émonctoire.

***

65. — Pilules contre l'aménorrhée. (WINTON.)

Bichlorure d'hydrargyre.....		20 cent.
Arséniate de soude.....		20 —
Sulfate de strychnine.....		10 —
Carbonate de potasse pur.....	âà	3 gr.
Sulfate de fer desséché.....		

M. s. a. et divisez en 60 pilules.
Une pilule après chaque repas.

***

66. — Galactorrhée ; lotion pour l'enrayer. — Appliquer sur les seins un bandage compressif ; restreindre l'alimentation ; défendre l'usage de la bière ; produire une dérivation sur l'intestin à l'aide d'un sel purgatif. — En cas d'inefficacité de ces divers moyens, recourir à la potion suivante :

Iodure de potassium.....	2	grammes.
Eau distillée.....	100	—
Sirop de framboises.....	20	—

F. s. a. — Une cuillerée à soupe de cette potion, le matin, à midi e le soir. (*Journal de Méd. de Paris*).

***

67. — Du Traitement des végétations non syphilitiques des organes génitaux externes. — D'après un confrère russe, Mme la doctoresse Tchernomordik, le meilleur moyen contre les végétations d'origine non syphilitique des organes génitaux externes (condylomes acuminés) serait le mélange suivant, préconisé par M. le docteur Bockhart, sous le nom de *plomb caustique* :

Oxyde de plomb.....	0 gr. 25 c.
Solution de potasse caustique à 33°....	7 gr. 50 c.

Mêlez. — Usage externe.

Les végétations, préalablement lavées avec un désinfectant et essuyées ensuite à sec, son badigeonnées avec un petit tampon d'ouate, enroulé autour d'une baguette, tampon qu'on a plongé dans le mélange ci-dessus après l'avoir bien agité. Au bout de cinq minutes elles noircissent et se transforment en une masse de consistance muqueuse

se laissant facilement enlever avec de l'ouate. Il en résulte une petite plaie qu'on saupoudre d'iodoforme.

Lorsque les végétations sont très volumineuses, on est obligé de les badigeonner deux ou trois fois avec le plomb caustique, ce qu'on peut très bien faire en une seule séance, pourvu que les végétations ne soient pas trop nombreuses. Dans le cas contraire, il est nécessaire de faire plusieurs séances à des intervalles de deux à trois jours.

Ces cautérisations étant peu douloureuses, on peut, dans la majorité des cas, se passer de cocaïne.

***

99. — Traitement opératoire des thrombus du vagin, par le Dr Vincent, de Lyon. — Cette méthode consiste à pratiquer l'ouverture et l'évacuation du thrombus par le procédé suivant :

1° Incision de la tumeur sanguine du côté du vagin ;

2° Placer deux drains : l'un émergeant dans le vagin, l'autre au niveau de la saillie fessière ;

3° Provoquer l'accolement rapide des parois de la poche du thrombus par le tamponnement vaginal au moyen de la gaze à l'iodoforme. Pansement absolument occlusif.

Cette méthode réalise autant que possible l'antisepsie de la région vulvo-génitale ; à preuve la diminution de la fièvre, la réunion par première intention et la guérison en deux septénaires.

FORMULAIRE

—

De l'emploi de la salicine contre les douleurs pelviennes

(Jules Chéron.)

La salicine est la substance active de l'écorce du saule ; elle a été préparée par Leroux dès 1830 ; c'est une substance blanche cristalline, fusible à 120°, soluble dans l'eau et ressemblant beaucoup au sulfate de quinine. Proposée au début comme antipyrétique et plus tard comme antiseptique, la salicine se montra infidèle aussi bien comme fébrifuge que comme antiseptique. C'est avant tout un médicament antirhumatismal, ayant les mêmes propriétés thérapeutiques

que les salicylates et présentant sur eux l'avantage d'être mieux supporté par l'estomac.

Les douleurs pelviennes, en cas de métrite, de salpingo-ovarite, de cellulite pelvienne, de pelvi-péritonite, prennent une acuité d'autant plus grande que la malade est plus nettement rhumatisante. On voit même des femmes qui présentent après la ménopause tous les symptômes douloureux des affections utérines, qui accusent de vives douleurs dans la région lombo-sacrée et dans le ventre et qui ont simplement, à l'occasion d'un refroidissement, une poussée de névralgie lombo-abdominale sans aucune lésion des organes génitaux ; en examinant et en interrogeant ces malades il n'est pas difficile de se rendre compte que ce sont des rhumatisantes plus ou moins franches.

On comprend, par ces considérations, l'utilité de la salicine contre les douleurs pelviennes. J'ai eu souvent l'occasion de vérifier la supériorité de ce médicament sur les analgésiques habituellement employés même dans des cas de cellulite pelvienne aiguë ou chronique.

La dose que je conseille ordinairement est de 1 gramme par jour, en trois fois. Je fais prendre le médicament dès qu'il se produit une recrudescence des douleurs et il est rare qu'en quelques jours elles ne soient pas calmées au point de devenir très tolérables. On cesse alors la salicine pour la reprendre au besoin quelque temps après. Il est inutile d'ajouter que les douleurs erratiques des membres, les douleurs dans le dos, les migraines qui accompagnent si souvent les douleurs pelviennes chez les rhumatisantes cèdent en même temps que ces dernières sous l'influence de la salicine.

Ma formule est la suivante :

Salicine..... 4 grammes.

en 12 cachets.

Prendre trois de ces cachets par jour, matin, midi et soir ; après chaque cachet boire quelques gorgées d'eau.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES. (1)

Il y a près d'un an, je fus consulté par une femme de 35 ans, condamnée au lit depuis plusieurs mois, dans un état de santé très précaire, et portant, dans le bassin, une vaste collection purulente du côté gauche, immobilisant complètement l'utérus ; les annexes du côté droit étaient également envahies par la suppuration. Considérant qu'il s'agissait de lésions trop anciennes et trop graves pour qu'un traitement médical pût permettre une guérison rapide, je priai M. le Dr Segond de vouloir bien examiner la malade. Après avoir confirmé mon diagnostic, l'habile chirurgien de la Maison de santé me fit remarquer que la laparotomie devait être considérée, dans le cas actuel, comme une opération laborieuse et très grave, que probablement on ne pourrait pratiquer l'ablation des annexes sans déchirer l'intestin, les adhérences les plus intimes paraissant exister entre les foyers suppuratifs et la paroi intestinale, et que probablement aussi on devrait se contenter d'une ablation incomplète avec drainage consécutif. M. Péan fut alors consulté, et résolut de pratiquer la castration utérine qui, d'après son expérience des cas analogues, devait, à son avis, se montrer d'une exécution relativement fa-

(1) Voir le n° précédent, p. 129.

cile et qui surtout devait avoir pour conséquence une guérison complète et rapide, alors que la laparotomie eût été très difficile à exécuter et se fut montrée incertaine dans ses résultats éloignés. C'est en effet ce qui arriva ; l'opération fut faite par M. Péan avec sa virtuosité habituelle et les résultats définitifs furent excellents. Ce fait frappa vivement M. Segond ; il comprit immédiatement la supériorité de la castration utérine sur la castration tubo-ovarienne, il se mit à l'œuvre avec cette ardeur qu'on lui connaît et bientôt, devenant à son tour bien maître de cette excellente opération, il chercha à la vulgariser en communiquant à la *Société de chirurgie* (1) les résultats de son expérience personnelle.

J'ai assisté à la plupart des hystérectomies faites par M. Segond dans son service, pour des suppurations pelviennes, j'ai pu, par conséquent, me rendre compte de la difficulté de chaque opération et de la gravité des cas. C'est rendre hommage à la vérité que de déclarer que ces hystérectomies ont été pratiquées avec une habileté remarquable et que les morts qui sont venues grever la statistique de M. Segond correspondaient à des cas d'une gravité exceptionnelle dans lesquels la laparotomie eût présenté les plus incontestables dangers, et se fût vraisemblablement terminée de la même manière. Un certain nombre de cas réellement graves ont rapidement guéri à la suite de l'hystérectomie, en voici quelques exemples :

« La malade de l'observation II est une femme de 39 ans, entrée le 7 août dernier dans mon service de la maison Dubois avec tous les signes d'une pelvi-péritonite suppurée : utérus haut situé et enclavé au milieu des fausses membranes ; collections purulentes faisant saillie dans les deux culs-de-sac latéraux aussi bien que dans le postérieur ; ventre ballonné et douloureux ; température élevée ; anorexie complète et dépression considérable des forces. Des symptômes d'ovaro-salpingite avaient plusieurs fois condamné la malade au repos depuis l'âge de 26 ans. Mais c'est depuis quatre mois seulement que les lésions suppuratives

(1) Voir le n° précédent, p. 147.

s'étaient étendues et que les symptômes locaux et généraux étaient devenus très alarmants. Sans intervention, cette malade aurait certainement succombé et je ne crois rien exagérer en affirmant que chez elle la laparotomie eût été très grave. Le petit bassin était, en effet, rempli de pus et de fausses membranes épaisses, il existait des adhérences intestinales nombreuses et l'ablation des parties malades par laparotomie eût été très laborieuse et peut-être impossible.

J'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale dans ces conditions défavorables. L'opération a duré 55 minutes, deux vastes collections purulentes à contenu très fétide ont été évacuées au cours de l'intervention et j'ai dû laisser en place le fond de l'utérus après m'être assuré que le morcellement avait atteint les limites supérieures de la cavité. Malgré sa grande faiblesse, la malade a très bien supporté l'intervention. Les 8 pinces laissées à demeure ont été enlevées au bout de 48 heures ; la température est redevenue normale et jusqu'au 15e jour, aucun incident n'est venu troubler la guérison. A cette date, il s'est fait une poussée suppurative du côté du ligament large gauche et pendant deux jours la température du soir s'est élevée à 40° ; au bout de ce temps, un demi-verre de pus s'est écoulé spontanément par le vagin, la température s'est abaissée et dès lors la convalescence s'est franchement établie. La malade s'est levée le 28e jour ; elle a quitté mon service en merveilleux état le 30 septembre et depuis 5 mois sa parfaite guérison ne s'est pas un instant démentie.

« La malade de l'observation VII est peut-être plus démonstrative encore que la précédente. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années à laquelle j'ai pour la première fois donné mes soins en juillet 1889. Elle avait alors une endométrite avec rétroversion adhérente et salpingite droite. Les symptômes douloureux dont elle souffrait cédèrent au curettage intra-utérin et pendant quelques mois l'amélioration progressive de son état général et local nous fit espérer une guérison définitive prochaine. Pour activer les choses, j'eus par malheur la pensée de lui conseiller une saison à Salies. Or, peu de jours après son arrivée

dans cette station thermale, elle fut prise d'une poussée de salpingite aiguë bientôt suivie d'une péritonite généralisée des plus graves. Notre collègue, M. Reclus, qui voulut bien à cette époque voir la malade avec M. Lejard, pourra vous dire lui-même quelles furent leurs inquiétudes. Quoi qu'il en soit, sous l'influence du traitement institué, la péritonite parut se localiser dans le petit bassin et la nécessité d'une intervention grave devenant évidente, M. Lejard assuma la responsabilité de me ramener la malade. Malgré les précautions prises, ce voyage fut des plus pénibles et l'état de la patiente, à son arrivée chez les sœurs de la rue de la Santé, était on ne peut plus alarmant. Dépression considérable des forces, facies inquiétant, langue sèche, pouls d'une faiblesse extrême, vomissements fréquents, température élevée atteignant chaque soir 39 et 40°, ventre ballonné et douloureux et localement tous les signes de la pelvi-péritonite suppurée.

« Tel était l'état des choses. Je ne crois rien exagérer en affirmant qu'une laparotomie aurait été néfaste. L'affaiblissement de la patiente était en effet extrême et localement l'étendue des lésions suppuratives, le volume des poches purulentes qui remplissaient tout le petit bassin déflaient toute tentative d'ablation. Je me décide donc le 17 octobre, à pratiquer l'opération de M. Péan en présence de mon ami Nélaton. L'intervention fut laborieuse mais très satisfaisante. Au cours du morcellement utérin que l'élévation et la fixation de l'organe rendaient assez pénible, j'évacuai deux kystes à contenu séreux et trois vastes collections purulentes très fétides. Bien entendu je ne fis aucune tentative pour rechercher les annexes et je me contentai de drainer la vaste cavité suppurante avec des lanières de gaze iodoformée. L'opération avait duré 1 heure. Sans insister autrement sur les suites de cette intervention, je vous dirai simplement qu'au bout de huit jours la patiente pouvait être considérée comme sauvée ; graduellement, elle reprit ensuite ses forces et, depuis lors, sa guérison ne s'est pas démentie.

« La malade de l'observation IX est, elle aussi, très probante, mais à un point de vue différent. L'ancienneté des lésions sup-

puratives, leur communication avec le rectum sont les points les plus saillants de son observation que je vous ai suffisamment résumée pour n'y point revenir. Je crois de même superflu de détailler l'histoire des deux malades des observations XVI et XVII. La première avait des abcès localisés aux deux trompes et la laparotomie en eut facilement permis l'ablation. Toutefois son état général était très inquiétant, elle avait une température très élevée et sa misère physiologique était telle qu'à mon avis comme à celui de M. Pinard, l'ouverture du ventre eût été chez elle des plus périlleuses. Elle a cependant fort bien supporté l'hystérectomie et c'est à ce titre que j'ai voulu souligner son cas.

« Quant à la malade de l'observation XVII, elle offre cette particularité fort précieuse à mon point de vue qu'elle avait antérieurement subi l'ablation des annexes par laparotomie et que cette opération avait été bientôt suivie du retour des accidents. Mais je dois réserver la publication de ce fait intéressant. J'ai opéré cette malade le 6 décembre en présence de M. Terrillon, et les suites immédiates de l'hystérectomie ont été bonnes. Mais depuis, les phénomènes douloureux ont en partie reparu. Il existe encore un empâtement manifeste au-dessus de la cicatrice vaginale, et je me réserve de vous faire connaître ultérieurement les suites définitives de l'intervention d'autant que cet insuccès thérapeutique est le seul que j'aie observé jusqu'ici.

« Reste la malade de l'observation XX, et celle-ci est un exemple trop net des bienfaits du morcellement par voie vaginale pour que je ne vous résume pas l'observation dont tous les détails m'ont été remis par mon ami le Dr Bertin (de Nantes). La malade était une femme de 50 ans, qui était atteinte à la fois d'une suppuration péri-utérine et de fibromes interstitiels. L'abcès pelvien qui bombait dans le cul-de-sac de Douglas s'était à plusieurs reprises ouvert dans le rectum. Quant aux fibromes, ils formaient avec l'utérus une très grosse tumeur bosselée dont les limites supérieures atteignaient franchement l'ombilic. Mes amis, MM. Bertin et Poisson, ayant bien voulu me confier cette malade, j'ai été l'opérer à Nantes, le 18 novembre, en présence de MM. Heurteau, Lherbe, Bertin, Poisson, Larabrie, Plantard et Simoneau.

M. Simoneau donnait le chloroforme et j'étais directement assisté par mes deux internes, MM. Thiercelin et Baudron. En suivant les règles opératoires du morcellement, j'ai évacué une collection rétro-utérine de 1 litre de pus, puis j'ai pratiqué l'ablation de l'utérus, des fibromes, des ovaires et des trompes; celles-ci étaient très épaisses et l'utérus contenait une série de gros fibromes dont le poids total était de 520 gr. Cette opération a duré trois heures. Grâce aux soins intelligents dont elle a été entourée, grâce au milieu exceptionnel que lui offrait l'hôpital de Chantenay, la malade a guéri sans le moindre incident post-opératoire et son état de santé est actuellement parfait. »

Ces faits méritent d'être retenus, car ils prouvent mieux que toute discussion ce que peut donner l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. Nous ne devons pas nous en tenir là cependant et nous devrons continuer dans une prochaine revue l'analyse de l'importante communication de M. Segond.

J. C.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

par les voies naturelles,

Par le Dr Jules Chéron, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

Observation LXXXVII.

Endométrite hémorrhagique avec subinvolution. Curettage et drainage ; guérison.

F... (Marie), 28 ans, entre à Saint-Lazare, dans mon service, le 17 juin 1886 avec le diagnostic de vulvo-vaginite.

Réglée à 14 ans, régulièrement dès le début, sans douleurs, perdant chaque mois pendant six à sept jours abondamment. Sujette aux pertes blanches intermenstruelles.

Mariée à 16 ans, elle a eu deux enfants à terme, le premier à 17

ans, le second à 18 ans 1/2. Repos insuffisant après les accouchements.

Depuis plusieurs années les règles sont devenues très abondantes et durent de dix à douze jours chaque mois, avec des avances à peu près régulières de six à sept jours à chaque époque.

Pertes muco-purulentes devenues plus fortes depuis quelques mois.

Douleurs habituelles dans la région lombo-sacrée ; sensations de pesanteur dans le ventre, brûlures dans le ventre et au niveau de la vulve.

Assez bon appétit, digestions faciles, constipation habituelle.

Envies fréquentes d'uriner.

L'examen permet de reconnaître une uréthrite légère, une vulvite peu accentuée, de la vaginite chronique surtout marquée dans les culs-de-sac. Du côté de l'utérus : subinvolution très marquée ; (utérus gros, mesurant 10 cent. à l'hystéromètre, en rétroversion légère, avec un double ectropion par suite de déchirure bilatérale du col), et une endométrite cervico-utérine ancienne démontrée par le curettage d'exploration. Aucune lésion appréciable des annexes.

Du 17 juin au 29 juin, on fait chaque jour une injection intra-vésicale d'acide picrique pour combattre l'uréthrite, des injections vaginales et des lotions vulvaires avec la liqueur de Van Swieten, des badigeonnages des culs-de-sac du vagin avec de la teinture d'iode et des pansements à la gaze iodoformée. Sous l'influence de ce traitement, l'uréthrite disparaît, la vulvite est pour ainsi dire guérie, de même que la vaginite et les pertes purulentes sont réduites à très peu de chose ; plus d'envies fréquentes d'uriner dès le 25 juin.

Du 29 juin au 7 juillet règles non douloureuses mais très abondantes, malgré le repos absolu au lit et l'administration de 60 gouttes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis par jour.

Du 7 au 16 juillet, le traitement complexe ci-dessus est repris très régulièrement ; on y adjoint des scarifications du col et des pansements intra-utérins avec une solution concentrée de résorcine.

17 juillet. — Curettage de la cavité utérine qui ramène de nombreux fragments de muqueuse très hypertrophiée ; destruction des ectropions par ignipuncture profonde ; pansement iodoformé.

Suites normales. Le drain en anse est appliqué le 10e jour après

la chute de l'eschare de l'ignipuncture. Les pansements iodoformés sont continués.

Du 27 au 30 juillet, très léger écoulement sanguinolent dû uniquement à la présence du drain, car la malade n'éprouve aucun phénomène de molimen menstruel. Ecoulement séreux consécutif, d'abord abondant puis de plus en plus faible, mais qui augmente à partir du 16 au 24 août.

Le 24 août apparaissent les premières règles, après le curettage. Elles ne sont pas douloureuses ; peu abondantes le 24 et le 25, elles deviennent plus fortes le 26, le 27 et le 28 pour cesser presque complètement le 29. Le 3 septembre, je retire le drain, et je procède à un nouvel examen.

A l'examen bi-manuel, l'utérus s'est notablement réduit de volume en hauteur et en largeur. L'hystérométrie ne donne plus que 8 cent. 1/2. Au spéculum, on ne voit plus de trace des ectropions anciens ; il n'y a plus d'écoulement venant de la cavité utérine.

La malade se sent du reste très bien : les douleurs de reins et les pesanteurs dans le ventre ont complètement disparu ; la marche est devenue facile et ne réveille aucune douleur.

Elle sort du service le 15 septembre.

Revue les années suivantes. L'endométrite ne s'est pas reproduite; il n'y a plus eu, depuis cette époque, d'hémorrhagies ni de pertes blanches et le curettage d'exploration a démontré que la muqueuse utérine était normale.

Observation LXXXVIII

Endométrite purulente avec subinvolution. Curettage et drainage.— Guérison.

R.. (Eugénie), 24 ans, entre dans mon service de Saint-Lazare, le 4 juillet 1887, avec le diagnostic de catarrhe utérin purulent.

Réglée à 13 ans, très irrégulièrement pendant deux ans et avec de vives douleurs, puis régulièrement à partir de 15 ans. Règles peu abondantes, pendant 3 à 4 jours.

Mariée à 20 ans, a eu deux enfants à terme, le premier à 21 ans 1/2, le second à 23 ans. Le dernier accouchement a été laborieux et terminé par une application de forceps.

Il n'y a pas eu d'accidents graves à la suite de cet accouchement, le retour de couches s'est effectué à l'époque normale, mais la ma-

lade souffre, depuis lors, de pertes muco-purulentes abondantes dans l'intervalle des époques. Les règles restent à peu près normales comme quantité d'écoulement et se montrent régulièrement sans avances. Douleurs dans la région lombo-sacrée et dans le ventre. Tiraillements d'estomac. Marche pénible et fatigante.

L'examen local démontre l'existence d'une endométrite glandulaire avec hypertrophie considérable de la muqueuse ; subinvolution légère : 8 cent. ; double ectropion surtout prononcé sur la lèvre antérieure. Pas de lésion des annexes.

Règles du 8 au 15 juillet.

Pendant 8 jours, on soumet la malade aux pansements glycéro-boriqués, aux scarifications du col et aux injections de sulfate de cuivre à 3 0/00.

16 juillet, curettage et ignipuncture profonde du col. On place un drain, séance tenante. Pansement iodoformé.

17 juillet, pas de douleurs ; léger écoulement sanguinolent ; on change le pansement.

19 juillet, l'écoulement sanguinolent ayant persisté, nouveau pansement.

21 juillet, en renouvelant le pansement, on voit que l'écoulement très léger qui se fait jour le long du drain est devenu presque complètement séreux.

25 juillet, léger écoulement sanguin dû à la chute de l'eschare de l'ignipuncture.

27 juillet, l'écoulement est redevenu séreux; la malade commence à se lever. On touche la surface dénudée par la chute de l'eschare avec une solution de résorcine.

A partir de ce moment, la malade va très bien et n'éprouve aucun malaise ; elle reste levée toute la journée et circule dans la salle.

L'état reste satisfaisant pendant tout le mois d'août.

Le 1er septembre, la malade dit éprouver quelques douleurs d'expulsion ; on constate que le drain commence à sortir de la cavité utérine et on l'enlève. Tout écoulement a cessé.

Les règles surviennent le 3 septembre ; elles durent jusqu'au 8 septembre et ne sont ni douloureuses ni très abondantes.

10 septembre, la malade va très bien ; il n'y a plus du tout d'écoulement ; la cavité utérine mesure 7 cent. 1/2 ; le col s'est reformé, il n'y a plus d'ectropions ; la curette d'exploration démontre que la muqueuse a son épaisseur normale.

La malade sort du service en très bon état de santé le 15 septembre 1887.

H. — *Endométrite exfoliante ou dysménorrhée membraneuse.*

Les gynécologistes sont à peu près d'accord aujourd'hui pour rattacher la dysménorrhée membraneuse à l'endométrite. On admet qu'ici la dysménorrhée n'est qu'un phénomène contingent et qu'elle résulte uniquement du défaut de proportion entre le calibre du canal cervico-utérin et l'épaisseur des produits expulsés ; elle ne doit donc pas servir à dénommer l'affection qui nous occupe. Quoi qu'il en soit, le drainage, en maintenant une ouverture permanente du canal cervical et de ses orifices, serait tout particulièrement utile dans le traitement du symptôme dysménorrhée.

Mais là n'est pas le fait capital, important, celui qui ne manque jamais, je veux parler de l'exfoliation de lambeaux plus ou moins volumineux de la muqueuse utérine. A quoi est due cette exfoliation ? D'après la plupart des auteurs, il est nécessaire que la muqueuse soit profondément altérée pour que ce phénomène se produise et les ulcérations qu'on rencontre le plus souvent sont celles de l'endométrite interstitielle avec développement exagéré du tissu conjonctif interglandulaire. La muqueuse hypertrophiée ne permettant pas à l'hémorrhagie cataméniale de se faire jour directement dans la cavité utérine, le sang s'épancherait dans l'épaisseur de la muqueuse et formerait des foyers apoplectiques plus ou moins abondants entre ses couches superficielles et ses couches profondes, ou dans d'autres cas, entre la muqueuse et la couche musculaire sous-jacente. Les contractions utérines survenant alors détacheraient les lambeaux de muqueuse déjà décollés et les expulseraient de la cavité de l'organe, avec plus ou moins de difficulté, comme un corps étranger.

Dans cette théorie, l'endométrite est donc la lésion initiale, constante, d'où le nom d'endométrite exfoliante donnée à la dysménorrhée membraneuse. Par suite, le traitement doit

avant tout avoir pour but de guérir l'endométrite et, d'après ce que nous avons dit, le drainage de la cavité utérine est l'un des meilleurs moyens que nous ayons à notre disposition pour obtenir ce résultat. Je n'y reviendrai pas ; tous ceux qui s'occupent de gynécologie savent combien la guérison de cette variété d'endométrite est difficile, même par un raclage énergique de la cavité utérine suivi de lavages répétés et d'injections de teinture d'iode. J'ai été assez heureux pour obtenir trois guérisons par le drainage employé dans ces conditions ; dans l'incertitude où nous sommes de la pathogénie vraie de l'endométrite exfoliatrice, la relation de ces faits a plus d'importance qu'une longue discussion.

Observation CXXII.

Dysménorrhée membraneuse. Drainage. Guérison.

La première malade est une jeune femme de 22 ans, mariée depuis 18 mois, et expulsant à chaque époque, sa membrane utérine, prise chaque fois pour une caduque, attendu que l'expulsion de cette membrane se faisait en entier. Mais, ce qui embarrassait un peu le médecin de la malade, c'est que cette expulsion se faisait toujours à l'époque des règles avec la régularité la plus parfaite. Lorsque la malade me fut présentée, les règles venaient de finir et le canal cervical était assez largement ouvert. L'isthme, entr'ouvert aussi, se laissait franchir sans réaction. J'eus l'idée d'appliquer un drain dans la cavité utérine, de condamner la malade au repos, et nous attendîmes l'époque suivante.

Tout se passa comme à l'ordinaire : flux muqueux sanguinolent, puis apparition des époques sans douleur, cette fois, et avec de tous petits lambeaux de membranes expulsés sans douleur. Les règles terminées, j'enlevai le drain pour explorer la cavité dont la muqueuse semblait ferme et adhérente, et huit jours après, j'en replaçai un tre en prenant les mêmes précautions de repos et en attendant prochaine époque.

Cette dernière se passa comme la précédente ; quelques petits nbeaux de membrane furent expulsés, sans douleur, dans le sang es règles.

Le mois suivant, c'est-à-dire le troisième à partir de la première application de drain, les règles vinrent sans douleur et quelques lambeaux peu nombreux de membrane très mince firent encore leur apparition.

Au quatrième mois, alors que depuis deux mois, nous ne placions pas de drain dans la cavité utérine, la muqueuse utérine reparut en entier, très amincie, il est vrai, présentant un grand nombre de foyers apoplectiques et un tissu cellulaire lâche parsemé de loges de tissu adipeux.

Un drain fut replacé au cinquième mois et ainsi chaque mois, jusqu'au dixième sans que la membrane utérine se détachât de nouveau en entier ; jusqu'au seizième mois, alors que nous ne placions plus de drain, la muqueuse ne fut plus expulsée en entier, mais à partir de cette époque quelques douleurs reparurent et la membrane utérine fut rejetée de nouveau, considérablement modifiée dans son aspect et dans son épaisseur. C'est alors qu'un drain en érignes divergentes fut appliqué, produisant un écoulement sanguin qui dura plus de six semaines, entraînant avec lui quelques lambeaux de membranes ; ce drain resté en place pendant trois mois, c'est-à-dire jusqu'au dix-neuvième mois à partir du début du traitement, fut le dernier appliqué et, depuis cette époque, voilà plus de deux ans, il n'y a plus ni dysménorrhée ni expulsion de la membrane utérine. La guérison peut donc être considérée comme acquise.

Observation CXXIII.

Dysménorrhée membraneuse chez une multipare. Drainage. Guérison rapide.

La seconde malade âgée actuellement de 26 ans, forte personne à constitution lymphatique très accentuée, vint me consulter il y a environ deux ans.

Réglée à 15 ans, peu abondamment et sans douleur pendant trois jours chaque mois, cette malade se maria à l'âge de 19 ans ; elle eut deux accouchements à terme, à 21 et à 22 ans ; accouchements faciles et naturels, repos suffisant au lit. Pas d'allaitement. C'est à partir du second accouchement que la santé commença à s'altérer ; le retour de couches se fit à l'époque habituelle mais s'accompagna de douleurs dysménorrhéiques très vives. Les règles suivantes

furent régulières, mais précédées de coliques très pénibles; la malade remarqua bientôt qu'à certaines règles, mais pas à toutes, il y avait expulsion, au milieu du sang menstruel, de « petites peaux blanches. » Dans l'intervalle des époques, il y avait des pertes blanches assez abondantes, surtout des douleurs de reins et des pesanteurs dans le bas ventre. Puis la malade fut prise de métrorrhagies qui durèrent pendant trois mois sans cesser complètement : on crut avoir affaire à un polype inclus dans la cavité utérine.

C'est à cette époque que je fus appelé à donner mes soins. On me montra les lambeaux expulsés aux règles qui venaient de finir et j'y reconnus tous les caractères des membranes utérines ou caduques menstruelles ; l'examen histologique permit d'écarter absolument l'idée de caduque vraie. A ce moment, l'utérus très lourd, volumineux, mesurait 9 centimètres à l'hystéromètre ; l'examen le plus attentif ne permit pas de trouver le moindre polype dans la cavité utérine ; le raclage d'exploration, huit jours après la cessation de l'écoulement, ne ramena que des lambeaux de muqueuse insignifiants. Il existait des irrégularités et du boursouflement du canal cervical dont l'orifice externe était déchiré des deux côtés ; léger ectropion des deux lèvres du col.

Après avoir fait prendre pendant huit jours des bains de siège émollients, avoir pratiqué quelques pansements glycérinés, quelques dilatations du canal cervical et deux scarifications des surfaces en ectropion, je pus placer, dans la cavité utérine, un drain en érigne, deux semaines après les règles. Les précautions ordinaires de repos au lit, de traitement sédatif furent prises ; deux fois par semaine j'appliquais un tampon glycériné sur le col. Le drain fut très bien supporté, mais la malade fut étonnée de l'abondance des exsudations séreuses et séro-sanguinolentes déterminées par le drainage.

Comme il n'y avait ni douleur ni inflammation péri-utérine je n'avais aucune inquiétude, d'autant plus que je constatais une décongestion rapide du col et un dégorgement continu de l'utérus dont le volume et le poids diminuaient d'une façon appréciable au palper.

Les premières règles se passent sans douleur et sans expulsion de membranes, elles durent quatre jours pendant lesquels le repos absolu au lit est recommandé.

On continue le même traitement pendant le mois suivant : injections chaudes, pansements glycérinés et scarifications du col.

A la deuxième époque, le drain est chassé de l'utérus, au prix de deux heures de douleurs expultrices, mais il n'y a pas d'expulsion de membranes et le reste des règles se passe sans douleur.

Huit jours après, l'hystérométrie donnait 7 cent. trois quarts, au lieu de 9 centimètres constatés deux mois auparavant ; l'utérus très allégé, était complètement décongestionné ; le canal cervical était devenu très régulier. Quelques pansements et quelques attouchements du canal cervico-utérin avec une solution de résorcine terminèrent la guérison.

Il y a maintenant dix-huit mois que la malade a expulsé le drain ; j'ai eu dernièrement de ses nouvelles et j'ai appris, que depuis cette époque, les règles ont été régulières, peu abondantes, non douloureuses et sans exfoliation utérine. Il y a donc tout lieu de croire la guérison définitive.

(*A suivre*).

DES VARICES CHEZ LA FEMME

pendant et après la grossesse. — Leur traitement hygiénique.

—

Les varices chez la femme pendant la grossesse sont fréquentes et presque toujours sans influence sur le cours de la gestation ; mais elles peuvent se rompre et donner lieu à des hémorrhagies. Il en est de même des thrombus et des hémorrhoïdes.

Budin, dans sa première thèse de concours en 1880, en a rapporté plusieurs observations, nous résumerons les plus intéressantes en quelques mots. Nous y joindrons nos observations personnelles, ainsi que plusieurs autres colligées dans les auteurs, pour nous permettre d'établir avec juste mesure le pronostic de cette complication, et en tirer les prescriptions hygiéniques nécessaires.

Commençons par nos observations personnelles.

Observation I.

Marie X. cuisinière, 36 ans, enceinte de 6 mois, était affectée de vari-

ces aux jambes. En remontant de la cave, sans aucune espèce de choc, elle se sentit inondée dans ses bas d'un liquide chaud. C'était une de ses varices qui s'était rompue spontanément.

N'ayant pu arrêter l'hémorrhagie, elle m'appela. J'appliquai la compression avec rondelles d'amadou et bandage. Plus tard je conseillai le bas élastique en permanence.

La perte sanguine ne se renouvela plus jusqu'à l'accouchement qui eût lieu au terme ordinaire de la grossesse.

Après l'accouchement les varices disparurent.

Observation II.

Madame D... m'envoie sa bonne âgée de 19 ans, enceinte pour la première fois et atteinte de varices considérables des membres inférieurs, de la vulve et du vagin.

Première hémorrhagie à 6 mois ; en se mettant sur le vase, la malade s'aperçut que le sang sortait du vagin. Arrêt à l'aide de compresses d'eau froide.

Au 7e mois pendant les rapports sexuels, nouvelle hémorrhagie, plus grave que la première, arrêtée par les mêmes moyens.

Mme D... m'amène alors sa bonne — à l'examen je trouve une saillie considérable de la colonne antérieure du vagin qui dépassait les grandes lèvres ; sur cette saillie, on remarque une petite perte de substance qui semblait provenir d'une déchirure et qui était obstruée d'un caillot.

Cette fille ne pouvant continuer son traitement, je l'adresse à M. Ribemont à Tenon, où sous la seule influence du repos elle alla jusqu'à terme sans nouvelle perte de sang. Accouchement naturel ; les varices disparaissent quelque temps après.

Mais la terminaison des hémorrhagies par rupture variqueuse n'est pas toujours aussi simple ; tout le monde connaît l'observation de Murat lue à l'Académie de Médecine le 12 juillet 1826. Je la rappelle en quelques lignes :

Observation III.

N... blanchisseusse, enceinte de 8 mois, portait une ulcération variqueuse, à l'une des jambes, au voisinage de la malléole.

Cet ulcère avait été plusieurs fois la source d'hémorrhagies assez abondantes que la malade avait toujours arrêtées par la compression.

Cette femme qui couchait seule dans une chambre, fut prise d'une nouvelle hémorrhagie, la nuit. Elle tenta en vain de l'arrêter. Se sentant défaillir elle appela au secours ; les voisins appliquèrent la compression, sans résultat. Le chirurgien à son arrivée, trouva la malade morte, exsangue, et sans être accouchée.

Chez les blanchisseuses, en dehors de la grossesse, les varices sont fréquentes. Aussi celles-ci devient-elles plus graves pendant la gestation.

Dans un autre cas, chez une autre blanchisseuse qui venait de succomber, M. Polaillon a trouvé au niveau de la malléole interne une petite plaie circulaire par laquelle s'était produite l'hémorrhagie. Voici du reste le résumé de l'observation.

Observation IV.

Mme E., à Gentilly, se rendait tous les matins pour travailler au faubourg Saint-Jacques. Elle avait de fortes varices.

Un matin, étant au travail, elle s'aperçut qu'elle perdait du sang par une plaie à la jambe. La perte étant abondante, on la mit sur un brancard et on la porta à la Maternité, mais avant d'arriver à la salle, la malade avait succombé.

M. Hervieux pratiqua l'opération césarienne *post-mortem*, il obtint un enfant vivant, mais qui mourut quelques instants après l'opération. Les jarretières avaient, dans ce cas, favorisé la production des varices par leur constriction.

Quelques années auparavant, le même chirurgien avait observé une femme qui, en montant un escalier, s'était frappée contre une marche ; une varice s'était déchirée, d'où hémorrhagie abondante et mort rapide.

Dans un autre cas, ce fut à la suite d'un choc sur les parties génitales que des veines variqueuses des grandes lèvres se rompirent et amenèrent la mort de la femme par hémorrhagie.

Cazeaux a cité un fait analogue d'hémorrhagie des grandes lèvres également suivi de mort par rupture de la veine engorgée.

OBSERVATION V (Revue de Hayem, livre 16, p. 245).

Femme de 25 ans, domestique, amenée par une sage-femme à l'hôpital. Elle est presque à terme et présente un grand développement variqueux remontant presque dans le vagin. Par cet organe, elle avait perdu une notable quantité de sang.

A l'examen, pas de placenta prœvia, pas de sang au doigt explorateur. C'était donc une des varices du vagin ou de la vulve qui s'était rompue. Après un peu de repos, la malade est prise d'agitation avec autres symptômes d'hémorrhagie interne, puis elle succombe avec trismus et opisthotonos.

Opération césarienne, enfant mort depuis environ un mois. A l'autopsie, péricardite adhésive, anémie, paralysie du cœur.

OBSERVATION VI (Thèse de Budin, p. 70).

Mme D., pêcheuse de crevettes, 40 ans, obèse, 7 enfants. Dès la deuxième grossesse, varices qui ont fini par devenir constantes, volumineuses, une d'elles avait la grosseur du petit doigt.

Au septième mois de sa huitième grossesse, étant à la pêche aux crevettes, elle tombe et sa varice porte sur le manche de son filet.

Douleur, paralysie momentanée ; ramenée chez, elle fait demander le docteur Cazin qui constate un épanchement de sang abondant qui masquait la varice indiquée. Il n'y avait pourtant qu'une érosion superficielle de la peau sans hémorrhagie.

Repos absolu, réfrigérants, eau de Goulard. La malade ne récupéra les mouvements de la jambe qu'au bout de 20 jours.

Elle allait sortir quand elle fut prise des douleurs de l'enfantement et elle mit au monde un enfant qui était mort depuis environ 8 jours.

Quelquefois la rupture de la veine engorgée a lieu par un simple grattage (Budin, p. 98) et une serre-fine suffit pour arrêter la perte. Plus souvent, c'est à la suite d'un coup que l'hémorrhagie survient (Budin, p. 100), nous en avons rapporté plus haut des exemples.

Enfin la rupture peut avoir lieu pendant les rapports sexuels comme dans l'observation II et dans la suivante, qui ne se termina pas aussi simplement.

Observation VII (*The Dublin Journal of medical science* 1841, p. 504).

Le 2 janvier 1840, la femme d'un boucher fut trouvée mourante, exsangue, sur le tapis de sa chambre située au premier étage. Elle avait 35 ans, elle était mère de six enfants et enceinte de 6 mois. A chaque grossesse elle avait eu des varices et pendant cette dernière, ces varices avaient déjà donné plusieurs fois du sang par les organes génitaux, car elles remontaient jusque dans le vagin.

Voici ce qui était arrivé. Cette femme recevait son amant pendant que son mari était occupé à la boucherie au rez-de-chaussée. Pendant le coït, une hémorrhagie s'était déclarée : « Retirez-vous » lui dit la femme, ce qu'il fit non sans frayeur, et comme sa présence ne pouvait que compromettre et sa maîtresse et lui-même, il partit à la hâte.

Les gémissements de la malade attirèrent des voisines qui prévinrent le mari. Celui-ci demanda un médecin, mais la femme mourut avant l'arrivée du docteur. Ni le docteur, ni le mari, ne se doutèrent de rien. Le médecin crut à une tentative d'avortement, mais outre qu'on ne trouva pas de fœtus dans les caillots, l'autopsie prouva l'intégrité de l'œuf et démontra que la cause de l'hémorrhagie était due à une rupture d'une varice sous-clitoridienne. Ce fut le complice qui, plus tard, révéla aux juges les circonstances ci-dessus relatées.

Les varices de la grossesse peuvent remonter jusqu'au col de l'utérus. Dans ce cas, c'est généralement au moment du travail que se produisent les déchirures. On en a trouvé jusque dans l'épaisseur des ligaments larges et sur l'ovaire, comme dans l'observation suivante due à Chaussier (Mém. et cours de méd. légale, p. 397).

Observation VIII.

Une femme de la campagne, âgée de 30 ans, arrivée au cinquième mois de sa quatrième grossesse, était atteinte de varices externes et sûrement internes.

En allant à la ville voisine, montée sur une charrette, elle se plaignait de douleurs intenses dans l'abdomen, surtout du côté droit.

Arrivée à destination, elle se mit sur un lit pour se reposer, mais elle fut prise de faiblesse, de défaillance, de sueur froide, et elle mourut dans l'espace de trois heures.

A l'autopsie, on trouva un épanchement de sang dans les parties profondes de l'abdomen du côté droit, en partie fluide, en partie coagulé.

Il fut constaté que ce sang provenait de la rupture d'une des veines de l'ovaire droit toujours si développées pendant la grossesse, même quand il n'y a pas de complication variqueuse à l'extérieur.

Enfin on a vu des hémorrhoïdes donner lieu à des pertes pendant la grossesse (Fr. Dupeux, th. de Paris 1841). P. Dubois citait, dans ses cliniques, l'observation d'une femme enceinte qui eût une rupture d'hémorrhoïde pendant la garde-robe et qui en mourut.

Cazin a rapporté un cas analogue où il eût la plus grande peine à arrêter le sang.

Le docteur Thévenot a de même rapporté l'histoire d'une hémorrhoïdaire chez laquelle, pendant plusieurs grossesses, les pertes sanguines se sont répétées et qui devinrent inquiétantes à partir de la 3e gestation. Mais cependant, ni cette femme, ni celle observée par M. Cazin, n'eurent leur grossesse entravée dans sa marche, et elles accouchèrent naturellement, restant seulement un peu anémiques longtemps après la délivrance.

Que conclure de ces observations au point de vue du pronostic ?

C'est que si, le plus souvent, les varices pendant la grossesse, sont sans mauvaise influence sur la conservation de l'œuf fécondé, il peut arriver aussi, dans certains cas, que les varices envahissant le pourtour de la vulve et du vagin, exposent la femme à des ruptures et des déchirures sous les causes les plus diverses. C'est surtout lorsqu'un état variqueux des membres inférieurs existe avant la gestation que ces ruptures sont à craindre.

Il en est de même des trombus qui constituent de véritables états traumatiques donnant lieu à des hémorrhagies parfois très

graves qui réclament l'intervention de l'homme de l'art (Blot).

Ces hémorrhagies prédisposent la femme à l'avortement ou à l'accouchement avant terme, ouvrant ainsi la voie aux microbes pathogènes et pouvant finalement déterminer la mort de la malade.

Dans ces circonstances il sera bon, au point de vue de l'hygiène, d'éviter à la femme toute fatigue, de lui conseiller de rester peu de temps sur les jambes, de supprimer les jarretières, enfin, de lui faire porter un bas lacé en peau de chien de préférence aux bas élastiques. A défaut de ce bas une bande de flanelle roulée comprimerait régulièrement les varices et faciliterait la circulation sanguine.

Les membres inférieurs seraient, par cela même, protégés contre toute occasion de coups et de chutes que les observations ci-dessus, montrent avoir eu, dans quelques cas, des conséquences si fâcheuses.

On a moins d'action sur les hémorrhoïdes et le repos, ainsi que la liberté du ventre, sont les seules prescriptions conseillées dans ce cas.

Quant au traitement, après avoir pris les précautions hygiéniques sus-mentionnées, je n'ai, en ma qualité de sage-femme, qu'à appeler un chirurgien, car quelque compétence que j'aie pu obtenir par mes études *a posteriori*, la loi ne me donne pas qualité pour le traitement actif.

Cependant je me permettrai encore quelques conseils pour les femmes affectées d'un état variqueux plus ou moins accusé des membres inférieurs.

Comme chez elles le développement variqueux paraît surtout dépendre d'une ou plusieurs grossesses antérieures, il est très gênant pour la marche et détermine de la fatigue, de la lourdeur et du gonflement des membres. Il y a donc urgence d'intervenir, sinon d'une façon active, du moins par des conseils, car rarement la femme consent à voir un médecin pour si peu de chose.

Et cependant ces varices peuvent s'enflammer, il peut survenir une phlébite entraînant comme conséquence ultérieure un

engorgement douloureux qui persiste sous forme de nodosités irrégulières sensibles au moindre contact.

Les tuniques vasculaires s'hypertrophient et s'épaississent. Le tissu cellulaire des parties voisines s'épaissit également, s'altère, s'infiltre d'une lymphe blanchâtre qui lui donne un aspect lardacé.

La peau elle-même ne tarde pas à présenter une inflammation chronique ; de la rougeur poussée parfois jusqu'à la teinte violacée. C'est alors surtout qu'à la suite du moindre choc ou même d'emblée il peut s'établir une ulcération qui persiste et qui a peu de tendance à la guérison spontanée.

Dans ce cas je conseille à la malade afin d'éviter les conséquences que je viens de passer en revue, de recourir à l'emploi de bains d'eau minérales, et je choisis parmi celles-ci les carbonatées sodiques appliquées par les médecins à la cure du rhumatisme.

Je citerai en première ligne : Châteauneuf en Auvergne, Royat, et Saint-Nectaire.

Sous leur influence, les indurations veineuses disparaissent peu à peu, les plaques violacées, compagnes ordinaires d'une circulation incomplète se fondent et s'éteignent.

Dès les premiers bains, des malades qui ne pouvaient marcher que difficilement, ont éprouvé une notable amélioration de la déambulation. La peau ne tarde pas à reprendre avec sa coloration normale toute sa souplesse ; les veines diminuent de volume, et la malade, désormais plus alerte est satisfaite d'avoir vu disparaître les symptômes précurseurs de l'ulcère variqueux.

C'est seulement lorsque celui-ci s'est déclaré que j'adresse la malade au chirurgien.

Mais cela est rare, et j'estime que le bain hydro-minéral agit comme excellent résolutif, aussi bien par les principes alcalins qu'il contient que par la température qui doit, pour être efficace, ne pas dépasser 35 à 36° centigrades.

Le bain de piscine est celui qui paraît avoir donné les meilleurs résultats, c'est pourquoi je recommande de préférence Châteauneuf qui ne comporte que des piscines ; mais dans quelque station que ce soit, il faut proscrire la douche qui, par son choc, aug-

mente la douleur, peut déterminer une phlébite et exposer les malades à des embolies et autres accidents que le traitement thermal avait précisément pour but d'éviter.

P. LABORIE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 *mars* 1861.

—

OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. CHARPENTIER lit un rapport sur une observation d'opération césarienne adressée par M. Jeannel (de Toulouse), opération qu'il a pratiquée pour un carcinome annulaire du col et du vagin.

M. Charpentier a vu sept cas de grossesse compliquée de cancer plus ou moins étendu de l'utérus ; six fois l'accouchement s'est terminé seul ; une seule fois il a fallu faire des incisions multiples et appliquer le forceps. Dans ce cas, l'enfant vint mort; il naquit vivant cinq fois sur six après l'accouchement spontané. D'un autre côté, cette intervention pendant la grossesse n'est pas toujours possible ; force est donc bien d'avoir recours à un autre procédé.

Or, deux moyens seuls nous restent : ou attendre l'accouchement spontané et, si cela ne se fait pas ou tarde trop, faire l'opération césarienne avant que la vie de l'enfant ne soit compromise. Ou bien pratiquer d'emblée cette opération dans les quelques jours qui suivent le travail, comme MM. Bar et Bouilly ; ou attendre le début du travail et procéder alors seulement à l'opération, comme le veulent la plupart des auteurs et comme l'ont fait récemment avec succès MM. Guéniot et Porak.

Les progrès réalisés dans l'antisepsie tendent de jour en jour à diminuer les dangers de l'opération césarienne : de 54 p. 100, la mortalité est tombée aujourd'hui à 24,66 p. 100, et même à 8 p. 100 pour certains accoucheurs. Dans le cas de M. Jeannel, la malade a succombé le dix-huitième jour, non aux suites opératoires,

mais à sa cachexie cancéreuse, et l'enfant, né vivant, n'est mort que trois mois après, d'une maladie accidentelle. On peut donc encore compter ce fait comme un nouveau succès.

M. Guéniot trouve que les incisions faites par M. Jeannel à la paroi abdominale et à l'utérus sont trop longues : 26 centimètres pour la paroi abdominale et 20 centimètres pour la paroi utérine ; or, la tête du fœtus n'a pas besoin d'une ouverture aussi large pour être extraite. On s'expose, avec de pareilles incisions, à des hernies de la masse intestinale et à des hémorrhagies abondantes ; elles exigent, en outre, l'application d'un bien plus grand nombre de points de suture, et augmentent la durée de l'opération.

M. Charpentier rappelle que l'incision faite par M. Jeannel à la paroi utérine était, en effet, de 20 centimètres, mais elle commençait à la face postérieure de l'utérus pour se terminer sur sa face antérieure. Elle présentait, par conséquent, une courbe dont l'arc était à peine de 15 à 16 centimètres, ce qui est la longueur normale.

M. Guéniot maintient son observation en ce qui concerne l'incision de la paroi abdominale.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE EN DEHORS DU CANCER UTÉRIN.

M. J. Bœckel, depuis 1884, époque à laquelle il communiqua à la Société de chirurgie une opération d'hystérectomie vaginale dans un cas de cancer de l'utérus, et malgré un succès éclatant, n'a plus pratiqué que rarement cette opération en raison de ses dangers immédiats, des complications sérieuses qu'elle fait naître et surtout des chances très minimes de guérison durable qu'elle peut offrir. Il n'en est pas de même pour certaines affections utérines relativement bénignes, mais rebelles aux traitements antérieurs. L'opération reprend ici tous ses droits, et la guérison peut alors seulement être qualifiée de radicale. C'est ainsi que M. Bœckel l'a pratiquée heureusement deux fois pour une métrite hémorrhagique, deux fois pour un prolapsus complet et invétéré de l'utérus, une fois pour une rétroflexion grave, et enfin deux autres fois pour des corps fibreux volumineux de la matrice.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 12 *février* 1891.

—

M. Porak revient sur le prolapsus de l'utérus gravide avec hypertrophie longitudinale du col dont il a été question dans la dernière séance. Pour lui l'affection existait avant la grossesse ; la gestation n'a fait que de l'accentuer, mais l'anomalie a fini par compromettre l'évolution normale de la grossesse et l'avortement s'est produit.

M. Maygrier présente un fœtus du poids de 13 livres 1/2. M. Pajot demande quelle était la taille du père qui, dans la fécondation, dit-il, paraît avoir une grande influence sur le volume du fœtus. M. Charpentier s'associe à ces remarques. Malheureusement elles restent sans réponse.

M. Guéniot rapporte un cas d'opération césarienne qu'il a faite avec suites heureuses pour la mère et pour l'enfant. La répétition fréquente de ces succès, dit-il, qui aurait causé, il y a quelques années, une certaine émotion a, depuis l'introduction des antiseptiques, beaucoup perdu de son intérêt. Cependant M. Bar présente une femme qu'il a opérée également par l'incision césarienne pour une tumeur pelvienne et M. Porak l'a pratiquée aussi, en 1889, avec succès dans un cas de cancer du col de l'utérus compliquant une grossesse à terme. Il lui accorde la préférence sur l'opération de Porro.

M. Pajot constate une divergence d'opinion entre MM. Bar et Guéniot, l'un voulant opérer avant le travail, l'autre recommandant de n'intervenir que quand le travail est commencé et tous deux donnent pour justifier le traitement qu'ils préconisent, la crainte de l'hémorrhagie.

M. Guéniot répond que la contradiction est plus apparente que réelle, qu'il y a dans l'opération césarienne de nombreux points qui ne sont pas encore étudiés, que le moment de l'intervention est de ceux-là. Quant à lui, il attend le travail pour être sûr de voir l'utérus se contracter, il ne tient pas à la conservation du liquide amniotique et aime mieux attendre la dilatation spontanée du col qui facilite l'écoulement lochial.

M. Bar, d'accord avec M. Guéniot pour certains points, ne croit pas comme lui à la nécessité de l'écoulement des lochies.

Il estime même que si l'on pouvait faire dans l'utérus un pansement sec on n'en constaterait jamais. Dans ses opérations il introduit par la plaie une éponge aseptique qu'il retire avant de placer les derniers points de suture. Quant aux hémorrhagies, il les redoute peu et craint plutôt le choc. Mais M. Lucas-Championnière dit qu'il a vu des hémorrhagies tellement graves qu'il fut obligé de faire l'opération de Porro pour sauver sa malade d'une mort certaine et rapide.

M. Bar dit qu'il ne conteste pas les dangers de l'hémorrhagie, mais seulement qu'il ne faut pas que l'opérateur soit obsédé de cette crainte.

M. Budin déclare qu'on évite les gros vaisseaux utérins en opérant sur la ligne médiane comme le fait M. Guéniot, mais qu'on ne peut éviter ceux du placenta, puisque parfois on est amené à l'inciser.

M. Hérigoyen envoie l'observation de deux grossesses avec deux enchatonnements du placenta dans un utérus bi-corné.

La femme, à la suite des tentatives de délivrance, a eu une hémorrhagie considérable, mais elle a fini par guérir.

M. Gendron lit un travail sur la suture primitive du périnée à propos de sa candidature au titre de membre de la Société.

Dr E. V.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *mars* 1891.

—

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LES ABCÈS PELVIENS.

M. Terrillon a été amené à employer cette méthode après avoir opéré beaucoup de ces abcès par la laparotomie et après avoir eu des accidents. Dans deux cas notamment la partie supérieure de la poche suppurée avait des adhérences considérables avec l'intestin. Après rupture des adhérences, il s'est fait une perforation secondaire du tube intestinal avec mort par péritonite généralisée. Chez une autre malade, M. Terrillon ne put enlever une poche située au fond du petit bassin et la malade mourut encore. Il tenta donc la nouvelle méthode et depuis un mois environ il a fait quatre de ces opérations.

Dans la première observation, il s'agissait d'une poche à parois très épaisses. M. Terrillon commença par faire une ponction qui donna du pus, il opéra alors suivant le procédé de M. Péan et put ainsi détacher l'utérus, ouvrir la poche et la gratter. M. Terrillon ne laissa même pas de pinces. La malade est actuellement guérie.

Une deuxième opération a trait à une femme de 32 ans souffrant depuis deux ans et portant une grosse suppuration périutérine. Trois ponctions préalables furent pratiquées, elles amenèrent du pus et tombèrent dans deux kystes séreux. La même opération fut pratiquée, et trois pinces furent laissées. La guérison a été obtenue.

La 3e malade portait depuis trois ans une tuméfaction grosse comme les deux poings sur la ligne médiane et à droite une tumeur presqu'aussi volumineuse. Une ponction donna du pus et l'hystérectomie fut pratiquée ; des abcès furent ouverts pendant l'opération et l'utérus trouvé bicorne était entouré d'adhérences. Cinq pinces furent laissées. La malade peut être considérée comme guérie.

Enfin, ce matin même, M. Terrillon a fait encore la castration utérine après une ponction. Il a dû laisser quelques lambeaux au fond de l'utérus. En résumé, contre les suppurations très anciennes, c'est une opération rationnelle à cause de l'induration et de l'adhérence des parois ; mais cette méthode ne doit être qu'exceptionnelle. M. Terrillon termine en disant que toutes ces suppurations du petit bassin, qui autrefois étaient considérées comme inattaquables, peuvent aujourd'hui être opérées.

M. Pozzi fait d'abord remarquer qu'il ne s'agit pas seulement des suppurations, mais encore de toutes les tumeurs salpingées dont le diagnostic est difficile. Le débat est donc entre la laparotomie et l'hystérectomie pour toutes les affections des annexes. Esthétique, gravité et efficacité sont les trois facteurs présentés par M. Segond, et sur lesquels il va discuter. Au point de vue de l'efficacité, il faut d'abord distinguer les pyosalpinx à poches libres de ceux à poches adhérentes et de ceux accompagnés de fistules. Pour les poches libres, la laparotomie est incontestablement supérieure, car elle enlève la poche. Quand on ne peut pas décortiquer les parois, la laparotomie permet de gratter, laver la poche purulente et on guérit sa malade ; mais ces cas sont

rares, et ne se présentent pas plus d'une fois sur dix, d'après les statistiques de M. Pozzi et de M. Bouilly. L'ablation de l'utérus qui arrive au même but est trop radicale et M. Pozzi ne force pas les concessions de M. Bouilly ; il pratiquera toujours la laparotomie ; il n'emploiera l'hystérectomie vaginale qu'après avoir eu recours à une première opération.

Dans toutes les tumeurs chroniques des annexes soudées à l'utérus où la laparotomie est si efficace, l'hystérectomie ne doit pas être faite et si les hystérectomistes font l'ablation de l'organe dans ces cas, c'est qu'ils ne sont pas sûrs de leur diagnostic.

On a parlé des écoulements qui continuaient par l'utérus après l'ablation des annexes. Ces cas sont très rares et ne se trouvent que dans les infections blennorrhagiques invétérées.

Au point de vue de la gravité, si on songe au pus qui infecte la peau, à la possibilité de léser des organes importants, on verra que la laparotomie est plus simple et par conséquent plus bénigne. Si on compare maintenant les statistiques, on trouve une mortalité supérieure dans les chiffres relatés par M. Segond ; et sur 39 ovarites suppurées M. Pozzi n'a eu que 3 morts. Si maintenant on réunissait les salpingites parenchymateuses aux salpingites suppurées, comme M. Segond est obligé de le faire dans l'énumération de ses interventions, on arriverait encore à un chiffre beaucoup moindre. Enfin l'infaillibilité du diagnostic s'impose, car ici, l'utérus enlevé, on ne peut pas, comme dans la laparotomie, se contenter d'une incision exploratrice. Au point de vue de l'esthétique, qui seule est en jeu à cause de la solidité aujourd'hui obtenue dans la cicatrice, il n'y a à dire que peu de choses à cause de la gravité de l'état dans lequel se trouvent les femmes soumises à l'opération.

Séance du 18 *mars*

SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES TRAITÉES PAR LA MÉTHODE DE PÉAN.

M. Routier. — Si je n'ai pas fait d'hystérectomie vaginale pour la [illegible]e des suppurations pelviennes, je puis du moins comparer a[illegible] résultats de M. Segond ceux que j'ai obtenus par la laparo-t[illegible]e.

[illegible] les cas opérés par moi dans le même laps de temps que

M. Segond, du 10 août 1890 au 31 décembre 1890, arrivent à un chiffre très comparable au sien.

M. Segond a cité 23 cas avec 4 morts, je puis parler de 22 cas sans une seule mort. Mes 22 cas se décomposent ainsi : 12 pyo-salpinx, 4 hémato-salpinx, 1 hydro-salpinx, 5 salpingites parenchymateuses avec ovaires polikystiques.

De mes 12 pyo-salpinx, 10 sont parfaitement guéries ; 2 seulement laissent à désirer.

L'une que j'ai opérée le 13 août 1890, avait une double pyo-salpinx, la poche gauche était en communication avec la vessie ; j'enlevai la salpingite suppurée à droite, mais celle qui s'ouvrait dans la vessie, je l'ouvris et suturai ses parois à la paroi abdominale et drainai ultérieurement cette poche par le vagin. La fistule purulente persiste ; je me demande si on ne pourrait pas lui appliquer le grand drainage vaginal par l'hystérectomie.

Une autre, qui avait 2 poches purulentes volumineuses que j'avais parfaitement, non sans peine, enlevées en entier, eut des abcès de la paroi et elle a encore à présent (son opération remonte au 6 décembre 1890) une induration de toute la moitié gauche de sa paroi abdominale.

Sauf pour ces deux cas, je dois dire que je suis donc très satisfait des résultats fournis par la laparotomie dans les pyo et les hémato-salpinx, bien que mes cas fussent loin d'être bénins.

Quant aux cas bénins de salpingites interstitielles, avec ovaires polykystiques, avec peu d'adhérences, pédiculisation facile, pas d'autre infection, personne ne contestera que dans ces cas la laparatomie est une opération beaucoup plus bénigne que l'hystérectomie vaginale la plus facile.

L'hystérectomie vaginale, appliquée à tous les cas, me paraissant beaucoup plus périlleuse que la laparotomie. je la réserverais pour ces cas fort rares, du reste, où on ne peut vraiment rien faire par la laparotomie : les cas de pyo-salpinx compliqués de pelvi-péritonite purulente.

Malheureusement leur diagnostic est aussi très difficile, et je dirais volontiers que je n'emploierais l'hystérectomie qu'après laparotomie exploratrice.

M. Lucas-Championnière. — Je n'ai pas le droit de faire une critique bien complète de l'opération proposée par M. Péan, ne

l'ayant pas pratiquée, je me bornerai à faire quelques réflexions à son égard.

J'admets parfaitement l'opération lorsque l'on se trouve en présence d'une malade chez laquelle il s'est produit une pelvi-péritonite étendue, avec poches anfractueuses. L'hystérectomie crée une large voie de drainage dont j'apprécie fort bien les avantages ; aussi, depuis les communications de M. Péan, ai-je cherché des malades dans ces conditions, auxquelles l'opération eût été applicable. Or, je n'ai pu trouver un seul cas dans ces conditions.

En présence de ce résultat, j'avoue que j'ai été étonné de la quantité d'opérations qu'a pratiquées M. Segond, je trouve là un certain excès, et c'est surtout contre cet excès que je veux m'élever.

Je crois que l'ouverture simple des abcès pelviens par le bassin est une opération souvent très suffisante, et dont les résultats fonctionnels sont en tous les cas bien supérieurs à ceux qui suivent une hystérectomie, aussi est-il fort probable que si j'avais eu à soigner les malades dont nous a parlé M. Segond, un grand nombre eussent été traitées par cette seule méthode.

De même, je considère que lorsqu'elle est possible, l'ablation directe, après laparotomie, des abcès des trompes ou des ovaires donne des résultats très favorables, même quand on ne peut enlever toute la poche, à la condition de bien désinfecter la région. Ces opérations, en outre, sont bien moins difficiles que l'hystérectomie totale et je suis très convaincu également que, parmi les malades de M. Segond, un grand nombre, susceptibles de guérir par la laparotomie, étaient parfaitement justiciables de cette dernière.

Un autre avantage de la laparotomie consiste dans la possibilité de détruire de nombreuses adhérences de l'épiploon, de l'intestin. Or, l'on sait que ces adhérences jouent un rôle des plus importants dans les troubles fonctionnels éprouvés par la malade. La possibilité de rompre ces adhérences ne se rencontre pas, au même titre tout au moins, avec l'hystérectomie.

M. Segond nous dit que, chez ses malades, des résultats satisfaisants ont été obtenus avec rapidité, même lorsque la lésion était très prononcée. Cela ne m'étonne nullement, car les choses passent toujours ainsi, quelle que soit la méthode employée.

Il est certain que si une femme est très malade au moment de l'opération, les bons résultats se feront d'autant mieux sentir lorsqu'elle sera guérie de l'opération.

En ce qui concerne les suites éloignées des deux opérations, on comprend qu'il soit encore impossible de se prononcer, en ce qui concerne l'opération de Péan, encore trop récente pour que l'on ait pu observer des malades opérées depuis un temps suffisant.

La nécessité d'attendre très longtemps pour apprécier de semblables résultats m'a été plusieurs fois démontrée entre autres sur une malade à laquelle j'avais fait l'opération de Porro. Elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie, mais au bout de quelques mois je la revis avec des accidents assez sérieux.

Je n'insisterai pas sur le parallèle de la mortalité des deux opérations. On ne peut juger ces questions sur un petit nombre de faits, surtout si l'on songe qu'ils diffèrent essentiellement les uns des autres, mais une grosse objection est relative au diagnostic.

Nous savons tous combien il est rare de faire une opération abdominale avec un diagnostic précis. On établit des nécessités opératoires, on ouvre le ventre et l'on se comporte suivant les lésions que l'on trouve. S'il n'y a que des adhérences, on se contente de les détruire, s'il n'y a qu'un ovaire pris, on se contente d'enlever celui-ci. Bref, une fois le ventre ouvert, l'opération que vous faites peut être réduite au minimum nécessaire. Les choses sont tout autres avec l'hystérectomie ; quelle que soit la lésion, l'opération reste toujours identique à elle-même, c'est-à-dire qu'elle aura toujours la même gravité, que la lésion présentée par la malade soit complexe ou qu'elle ne le soit pas.

M. Terrier. — J'ai une infériorité absolue dans la question qui nous occupe en ce moment : je n'ai pas fait l'opération. Dans ces conditions, je ne crois pas qu'il me soit possible de formuler une opinion bien nette à son sujet et je me bornerai à discuter les observations de M. Segond.

Je dirai tout d'abord que, peu partisan de l'ouverture simple des suppurations pelviennnes, je préférerais employer dans ces cas le procédé proposé par M. Péan, et exécuté par M. Segond ; je crois même que ce procédé peut rendre de très grands services dans les cas où le ventre ouvert on ne peut reconnaître quoi que ce soit, où l'on trouve de tous côtés des adhérences, où de grands délabrements sont nécessaires pour arriver aux collections pu-

rulentes. Seulement, j'estime que ces cas sont très exceptionnels, et c'est ce que je me propose de démontrer en me servant des observations mêmes de M. Segond.

Dans ces observations, j'en vois cinq où l'hystérectomie a été faite pour des salpingites catarrhales ou des ovaires polykystiques. Les opérations de ce genre exigent vingt minutes par la laparotomie, sont sans dangers, et véritablement quand on a un pareil moyen à sa disposition je ne comprends guère qu'on s'adresse à l'hystérectomie, opération plus grave et certainement plus complexe.

Deux observations sont relatives à des rétroversions avec ovaires polykystiques. Il me sera difficile d'admettre dans ces cas l'ablation utérine, alors que la fixation de l'utérus et l'ablation des ovaires suffisent. Le procédé de Péan, dans ces cas, est certainement beaucoup trop radical.

Dans six pyosalpingites suppurées, M. Segond a pu enlever l'utérus et les annexes. Or, si une ablation aussi complète a pu se faire par la voie vaginale, c'est certainement parce que les pyosalpingites n'étaient pas compliquées outre mesure par des adhérences. Dans ces conditions ces cas sont comparables à mon sens aux premiers dont j'ai parlé et comme eux eussent pu guérir facilement par la laparotomie. Je reconnais, toutefois, que dans ces cas de gravité moyenne, on peut avoir une opinion différente. Je préfère certainement enlever les ovaires et laisser l'utérus, mais comme ici l'existence d'une pyo-salpingite purulente implique un état plus grave, l'opportunité de tel ou tel mode opératoire est discutable. C'est l'avenir seul qui permettra de juger.

Dans sept cas, la pyo-salpingite, particulièrement grave, s'accompagnait de pelvi-péritonite et d'adhérences nombreuses ; l'opération par la laparotomie eût été particulièrement difficile, peut-être impossible à terminer. Je reconnais que dans ces cas on peut essayer l'ablation aussi bien par le vagin que par le ventre. Toutefois, il faut savoir que dans ces cas, l'hystérectomie vaginale aussi bien que la laparotomie doivent être considérées comme des o ations très graves. La meilleure preuve, c'est que M. Segond a rdu trois de ses malades, que dans un cas il a mis trois heu- r our terminer l'opération, et qu'une autre fois il dut laisser l vaires malades et qu'il dut se contenter d'avoir pratiqué la l voie de drainage résultant de l'extirpation de l'utérus.

Il y a un dernier ordre de faits que M. Segond n'a pas eu l'occasion de rencontrer, mais que l'on observe cependant de temps à autre. Ce sont des malades opérées par la voie abdominale et qui, malgré le succès de cette opération, ne sont pas guéries. Dans ce dernier cas, le doute n'est plus possible : le procédé de Péan est le seul applicable ; c'est par conséquent le seul auquel on aura recours.

M. P. Reynier. — Je crois que l'opération, dont nous a entretenu M. Segond, peut rendre de grands services dans les lésions des annexes avec poussées de pelvi-péritonite (amenant une confusion des organes entre eux), et foyers de suppuration mal limités, péri-utérins, avec fistules rectales ou vésicales. En présence de pareilles lésions, le mieux est de se contenter d'évacuer la collection purulente, sans essayer d'enlever les parois de la poche ; le plus grand nombre des succès a été obtenu par ceux qui ont suivi cette pratique. Or, l'ablation de l'utérus a précisément l'avantage d'ouvrir largement dans une position déclive la voie par où le pus doit s'écouler.

Mais je ne saurais accepter en entier les conclusions de M. Segond, qui préconise cette opération toutes les fois que l'ablation bilatérale des annexes s'impose. Sa statistique n'est pas très encourageante, puisque M. Segond a 4 morts sur 23 opérées, tandis que par la laparotomie M. Bouilly n'a perdu que 4 malades sur 30 et M. Richelot 3 sur 30. Moi-même cette année, sur 29 opérées pour salpingite hémorrhagique, pyo-salpingite, ovaires kystiques et adhérents, je n'ai eu que 2 morts, l'une due au choc (probablement chloroformique), l'autre à une pyo-salpingite ouverte antérieurement dans le rectum, et que je regrette de ne pas avoir opérée par l'hystérectomie vaginale, mais qui rentre dans les cas exceptionnels.

En dehors de ces cas, la laparotomie semble devoir être la méthode de choix ; avec l'hystérectomie vaginale appliquée aux lésions des annexes, on risque souvent de ne faire qu'une opération incomplète.

Ce sont ces considérations, auxquelles s'ajoutent les observations de MM. Bouilly, Richelot, Terrier, Lucas-Championnière sur la difficulté du diagnostic, la possibilité d'enlever les poches limitées même les plus adhérentes, qui font que je regarde l'hystérectomie vaginale pour le traitement des inflammations péri-uté-

rines comme devant être une opération d'exception, et non une méthode de choix.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

Note sur trois observations d'hystéropexie pour prolapsus utérins. Emploi d'un procédé nouveau,

par Ch. Audry, interne des hôpitaux de Lyon.

Au moment où paraissent de divers côtés d'assez nombreuses observations d'hystéropexie, il nous a paru utile de faire connaître la pratique de M. le Pr Laroyenne à ce sujet ; elle diffère des autres méthodes par quelques points intéressants qui paraissent devoir offrir de réels avantages pratiques (1).

Jusqu'ici, à la clinique gynécologique, l'hystéropexie n'a encore été pratiquée que pour des prolapsus incoercibles. On sait qu'on peut reconnaître dans cette pénible infirmité deux grandes variétés cliniques. A un premier ordre de faits appartiennent les prolapsus d'origine purement utérine : l'utérus très allongé mesure jusqu'à 12 ou 13 centimètres, et sa réduction suffit pour diminuer le diamètre vertical de 3 à 4 centimètres en apparence ; le col est hypertrophié, l'organe est complètement mobilisé, mais on n'observe ni cystocèle, ni rectocèle ; dans les autres cas, les plus fréquents, l'abaissement de la matrice s'est opéré consécutivement à une hernie vulvaire progressive de la cloison vésico ou recto-vaginale, qui ne disparaît pas ou disparaît mal par la seule réduction de l'utérus. Dans l'un et l'autre cas, il est expressément indiqué de maintenir l'utérus aussi élevé que possible, mais il est clair que si le prolapsus est accompagné de rectocèle, de cystocèle, les colporrhaphies antérieures ou postérieures, la restauration du périnée font partie intégrante du traitement au même titre que la fixation même de la matrice.

Voici du reste l'histoire des 3 malades chez lesquelles l'hystéropexie pour un prolapsus de l'utérus, incoercible par les pessaires, a été exécutée par M. le Pr Laroyenne avec d'excellents résultats.

(1) Je dois à l'extrême obligeance de M. le Dr Gouilloud la communication des 2 premières observations que je rapporte.

Obs. I. — X..., mariée à 24 ans, a eu 4 enfants, dont le dernier il y a 4 ans ; elle est âgée de 42 ans. Depuis 6 mois, l'utérus est à la vulve ; il est gros, la cavité mesure 12 centimètres. On le réduit facilement, mais il est impossible de le maintenir par quelque pessaire que ce soit. La peau du périnée est intacte, mais le corps périnéal est mince, flasque. M. Gouilloud fit quelques séances de réposition suivant la méthode de Thure Brandt ; mais il n'avait pas obtenu de résultats appréciables quand M. le Pr Laroyenne exécuta l'hystéropexie le 14 juin 1889. Un gros hystéromètre réduit l'utérus et le maintient appliqué contre la paroi abdominale. Celle-ci est alors incisée, y compris le péritoine, sur une hauteur de 0,08. Avec une grande aiguille, on passe 4 fils de catgut, les derniers pénètrent dans la couche musculaire, traversent le péritoine, puis 2 à 3 centimètres de la face antérieure du muscle utérin, sur ligne médiane, et ressortent du côté opposé de la même manière. Le premier fil occupe le fond de l'utérus, les autres sont étagés à 0,02 environ d'intervalle, sur la face antérieure. Une fois les fils placés, on les noua successivement en commençant par le plus élevé ; on fit la suture superficielle, et on introduisit dans le vagin un paquet de gaze iodoformée soutenu par un pessaire en gimblette. Il n'y eut pas d'autre incident qu'une issue de l'intestin qui fut facilement réduit.

Les *suites opératoires* furent extrêmement simples, et la malade se leva le 5 juillet.

Quand elle partit, le 12 juillet, l'utérus, dont la cavité mesurait 0,09, était solidement fixé à la paroi antérieure de l'utérus, elle s'en alla avec un pessaire destiné à empêcher l'étirement des adhérences artificielles, l'utérus paraissait parfaitement réduit et maintenu.

2 mois plus tard, elle écrivait que la guérison restait entière.

En juin 1890 (un an après) la malade écrit qu'elle a perdu le pessaire qu'elle portait et qu'elle ne l'a pas fait remplacer. Elle travaille à la terre. Aucune récidive appréciable à son dire.

Obs. II. — X..., âgée de 52 ans, suit depuis longtemps la consultation gratuite de la clinique ; elle a eu 4 enfants, dont le dernier est âgé de 18 ans ; il y a un an qu'elle s'est aperçue de sa maladie actuelle. Actuellement, l'utérus dont la cavité mesure 0,12 est un prolapsus complet. Depuis plusieurs mois la malade a épuisé infructueusement tout l'arsenal des boucles. Elle présente, d'ailleurs, un certain degré de cystocèle et de rectocèle.

Le 28 décembre 1889, M. le Pr Laroyenne pratique l'hystérope-

xie par son procédé, c'est-à-dire en transfixant l'utérus avec quatre grandes aiguilles. (Nous donnerons tout à l'heure l'exposé du manuel employé.)

Les *suites opératoires* furent d'une simplicité parfaite.

Revue en mai 1890, la guérison persistait entière, l'utérus était toujours maintenu au-dessus du pubis ; il était d'ailleurs soutenu par un pessaire en gimblette qu'on n'a pas cessé de faire porter à la malade enchantée de son état.

Dans les 2 cas précédents, la tendance à la rectocèle et à la cystocèle fut corrigée par la seule réposition de l'utérus, assez pour qu'on pût se passer de faire une colporrhaphie double ; il est d'ailleurs probable que le maintien du pessaire dut largement contribuer à cette correction des parois du vagin.

Obs. III. — X..., âgée de 43, ans, a eu trois enfants ; elle fait remonter la première apparition de son prolapsus à son premier accouchement, c'est-à-dire à 19 ans. Pendant longtemps, les pessaires ont permis de maintenir l'utérus ; depuis 4 ans, il est absolument impossible de s'en contenter ; enfin, il y a 4 mois que la tumeur est irréductible.

En mai 1890, on constate une cystocèle considérable, en arrière de laquelle on découvre l'orifice du col entraîné par sa lèvre antérieure, tandis que la lèvre postérieure est relativement peu déplacée. La cavité utérine mesure 0,075. Le périnée est largement fendu et soutient très mal le plancher pelvien.

Le 7 mai. — 1° Colporraphie antérieure (Excision d'un lambeau de muqueuse de 0,04 de large sur 0,08 de long).

2° *Hystéropexie* par la méthode des aiguilles (trois aiguilles seulement). On a eu quelque peine à maintenir les intestins, au début, avant que l'utérus ait été fixé.

Les suites opératoires furent très simples. Le 25 mai, la cicatrisation était complète des 2 côtés ; l'utérus était bien fixé, et maintenu par une boucle.

Le 1er juin, on procède à la restauration du périnée (procédé de L. Tait) ; le 20 juin, résultats excellents en tous points.

Voici l'exposé de la technique opératoire à laquelle s'est arrêté le Pr Laroyenne, après l'avoir utilisée dans ses deux dernières rations.

er *Temps*. — Avec un gros hystéromètre, ou mieux avec sa sonde ra-utérine à double courant introduite dans la cavité, il fait sou-

lever l'utérus qui est reporté en haut et appliqué contre la paroi abdominale.

2e *Temps*. — On fait sur la ligne blanche une incision de 0,08 environ comprenant le péritoine et conduisant bien sur le fond et la face antérieure de l'utérus réduit.

3e *Temps*. — Une première longue aiguille montée sur un manche et introduite dans la couche musculaire de la paroi abdominale traverse le péritoine à 0,02 du bord de sa section et pénètre aussitôt dans la partie antérieure du muscle utérin, au niveau du fond de l'organe. Cette aiguille traverse 0,02 environ d'utérus et ressort symétriquement à travers l'autre bord de la plaie abdominale, et on la laisse ainsi fixée. 2 ou 3 autres aiguilles semblables sont introduites successivement de la même façon en procédant de haut en bas, à un intervalle de 0,02 environ, de sorte que l'utérus est ainsi solidement maintenu par toute sa face antérieure contre la paroi abdominale transfixée par les 4 aiguilles restées en place.

4e *Temps*. — On charge les 4 aiguilles avec un catgut et on noue chaque fil l'un après l'autre, en commençant par le plus élevé, et en retirant au fur et à mesure chaque aiguille correspondant au fil que l'on va nouer, l'utérus ne cessant pas un instant d'être appliqué en avant.

5e *Temps*. — On réunit la plaie superficielle et on introduit dans le vagin un paquet de gaze iodoformée destinée à servir de pessaire provisoire.

Il y a dans cette manière d'agir quelques points sur lesquels nous insisterons un peu. D'abord, il faut éviter d'aller chercher l'utérus avec la main dans la cavité abdominale. Cette manœuvre aggrave un pronostic qui doit être de nulle importance. De plus, elle ne remplit certainement pas la double indication de relever l'utérus et de le maintenir en contact par sa face antérieure avec la paroi abdominale (1) aussi bien qu'un gros hystéromètre bien mousse, ou qu'une simple sonde intra-utérine à courbe convenable.

M. le Pr Laroyenne pense qu'il faut toujours ouvrir le péritoine ; nous avons vu M. le Pr Mangiagalli (de Milan) exécuter le procédé (extra-péritonéal) de Caneva avec une élégance et une sécurité irréprochable ; mais chez nos 3 opérées il fallut récliner l'épiploon. Nous connaissons en outre une observation encore inédite et d'ailleurs heu-

(1) On sait que c'est M. Terrier qui a indiqué la nécessité de fixer non seulement le fond, mais encore la face antérieure de l'utérus.

reuse d'Edmond Blanc (de Saint-Etienne), où ce chirurgien dut libérer la face antérieure de l'utérus d'une adhérence intestinale (1). Il est donc certain que, dans un assez grand nombre de cas, on sera bien obligé de faire une section du péritoine ; mais, d'autre part, nous pensons que, autant que possible, si l'on voit clairement le fond et la face antérieure de l'utérus, il y aura tous avantages à opérer à travers le péritoine intact, ne fût-ce que pour éviter les excursions toujours désagréables de l'intestin.

Il y a lieu d'insister particulièrement sur l'introduction des grandes aiguilles qui embrochent en même temps les couches moyennes et profondes de la paroi et l'utérus ; elle ont le grand avantage d'assurer le contact solide et permanent de toute l'étendue des 2 surfaces qui doivent adhérer ; il est évident que si l'on veut en profiter il ne faut les retirer les unes après les autres qu'au moment où l'on veut nouer le fil de chacune d'elles. On devra, en les introduisant, veiller à ce que la portion de péritoine comprise entre la section et le point d'entrée des aiguilles soit tel des deux côtés, que l'adossement sur la ligne médiane soit largement assuré, il y a tout lieu de croire que parmi les quelques échecs graves qu'on a essuyés, plusieurs étaient réellement dus à l'insuffisance de cet adossement du péritoine qui n'avait pu se réunir, faute de contact. Ajoutons que le maintien par les aiguilles écarte tout souci du côté de l'issue de l'intestin, aussitôt qu'on les a placées.

Dans nos trois observations, les résultats ont paru, jusqu'ici, excellents ; mais il ne faut pas demander à l'hystéropexie plus qu'elle ne pourrait peut-être donner. Il sera toujours prudent de ne pas cesser de faire porter à la malade un pessaire destiné à soulager d'autant les adhérences salutaires établies artificiellement entre l'utérus et la paroi abdominale. L'hystéropexie constitue une part très importante du traitement, mais non pas tout le traitement.

En fait, d'ailleurs, M. le Pr Laroyenne a restreint jusqu'ici les indications de la ventrofixation aux *utérus prolabés et incoercibles*. On n'a pas le droit de dire que les pessaires constituent un mauvais mode de traitement du prolapsus utérin. A chaque consultation nous voyons des malades dont l'utérus est très bien soutenu par une bonne boucle, et qui sont très satisfaites de leur état. C'est seulement chez celles dont on ne peut pas pallier l'infirmité par de plus simples pro-

(1) Assaky eut également des difficultés de ce genre en pareille circonstance.

cédés qu'on est autorisé à faire l'hystéropexie, surtout étant donné que nous considérons le port ultérieur d'un pessaire approprié comme faisant partie essentielle et intégrante du traitement de l'utérus prolabé et hystéropexié.

(*Progrès Médical.*)

IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA PYOSALPINGITE CONSIDÉRÉE COMME UNE CAUSE DES INFLAMMATIONS SUPPURATIVES DU BASSIN,

Par le Dr Clarke, de Cambridge

L'expérience démontre que les collections de pus formées dans le ligament large et dans les parties avoisinantes sont souvent traitées avec succès par l'incision et par le drainage à travers le creux de Douglas. Toutefois, quand le processus morbide siège dans les annexes de l'utérus, ce mode de traitement n'assure pas de résultats durables. Les souffrances accusées par la malade peuvent être atténuées pour un temps, mais les aggravations ne tarderont pas à se produire. C'est preuve alors que les trompes sont enflammées ou lésées, éventualité toujours dangereuse.

On observe des abcès des trompes ou des ovaires, qui conduisent à un dénouement fatal sans qu'il y ait eu extension directe du processus initial au péritoine. Dans ces cas, la mort reconnaît pour cause une péritonite diffuse, qui a occasionné des adhérences étendues, des troubles circulatoires, l'épuisement des forces. Le retour fréquent et irrégulier de la turgescence menstruelle de l'utérus et de ses annexes aboutit à l'atrophie des follicules et du tissu des ovaires. Quand cet état dure un certain temps, sans que le chirurgien intervienne pour supprimer l'ovulation et la menstruation, la pyosalpingite en est une conséquence fréquente. Aussi en pareil cas le mieux est de procéder au plus vite à l'extirpation des trompes enflammées et des ovaires. Sans doute on a vu des cas où un exsudat séreux ou purulent, après s'être concrété, a persisté indéfiniment, sans troubler l'état général ; ils n'en constituent pas moins une menace constante de quelque complication septique. Le développement de gaz putrides ou toxiques, la présence des globules de pus peuvent être le point de départ d'accidents graves, et alors il est souvent trop tard d'intervenir par la laparotomie.

Quand on est appelé à examiner un cas de pyosalpingite, il faut s'assurer d'abord si la trompe forme une cavité close et si elle est

distendue par du pus. L'intervention opératoire sera le plus souvent couronnée de succès, lorsqu'elle aboutit à l'extirpation de la trompe sans que rien du contenu de celle-ci s'écoule dans la cavité abdominale. Parfois la distension de la trompe est telle, que du pus trouve à s'échapper par le pavillon. Dans un cas de ce genre, la suppuration était si avancée que l'auteur a pu palper les deux trompes sur toute leur longueur. Le pus avait déjà commencé à se frayer une issue par l'extrémité libre des trompes. Néanmoins la guérison a été obtenue chez cette malade, à la suite d'une laparotomie.

Le fait que des affections tubaires datant de plusieurs années ont été guéries par la laparotomie démontre suffisamment l'importance qu'il y a à poser un diagnostic précis le plus tôt possible. Non seulement on diminue les chances d'un dénouement fatal, mais encore on évite aux malades des adhérences étendues, on leur épargne de longues souffrances. A l'appui de sa thèse, l'auteur a cité un certain nombre de faits probants.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

TORSION DU PÉDICULE DES KYSTES DE L'OVAIRE.

La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire constitue une complication peu connue quoique relativement assez fréquente de ces tumeurs ; M. le Dr Mouls vient de l'étudier dans sa thèse avec les indications thérapeutiques qui en résultent.

Cette torsion peut avoir différentes causes : les mouvements brusques, l'abondance de l'ascite, dans quelques cas même, la ponction ; aussi quand on ponctionne un kyste de l'ovaire, doit-on obliger la malade à garder le repos au lit pendant plusieurs jours et faire en outre une bonne compression de l'abdomen, avec une épaisse couche de ouate et une bande de flanelle. Pour plus de prudence et pour ne pas imprimer de mouvements à la malade, M. Terrier passe la ceinture sous les reins avant la ponction. La coexistence d'autres tumeurs, la grossesse, la distension du rectum peuvent encore agir dans le même sens.

Les symptômes et la marche de cet accident diffèrent suivant que la torsion s'est produite brusquement ou lentement. La torsion brusque amène un arrêt immédiat de la circulation et un étranglement qui se manifestent par un ensemble de symptômes graves. Tout à coup, a malade éprouve dans le bas-ventre une sensation de déplacement, de

déchirement interne, qui s'accompagne immédiatement d'une douleur violente, syncopale. Cette douleur localisée, d'abord au niveau de la tumeur et même du pédicule, irradie vers la région lombaire du même côté, et bientôt se généralise à tout l'abdomen. En même temps apparaissent des vomissements muqueux, bilieux et quelquefois fécaloïdes, sans que l'intestin soit pris dans la torsion. La respiration anxieuse prend le type costal supérieur : le pouls est petit et fréquent, mais la température est normale. La tumeur auparavant mobile est fixe et a augmenté de volume. Enfin deux signes très importants sur lesquels insiste M. Mouls sont un souffle systolique perçu à l'auscultation au niveau du pédicule et l'ondulation en masse de la tumeur, synchrone de la pulsation artérielle.

Tous ces signes ne constituent en somme que ce que l'on a désigné sous le nom de péritonisme ; mais ces accidents peuvent s'accompagner en quelques heures ou dans les quarante-huit heures d'une complication qui est souvent mortelle, l'hémorrhagie. On reconnaît cette complication aux signes de l'hémorrhagie interne ; pâleur des téguments, refroidissement, petitesse du pouls, etc. Quand l'épanchement sanguin se produit dans la cavité du kyste sans amener sa rupture, on observe une augmentation considérable du volume de la tumeur. Dans certains cas on ne constate qu'une anémie, et une opération chirurgicale peut être tentée avec succès. Enfin quand l'étranglement est brusque on peut voir encore apparaître la gangrène du kyste pouvant amener une véritable septicémie.

La rupture de la poche kystique se produit aussi quelquefois et peut se reconnaître à l'affaissement subit de la tumeur. Généralement une péritonite aiguë survient après la torsion du pédicule et entraîne la mort. Dans quelques cas exceptionnels, le kyste non sphacélé ne tarde pas à se détacher de son pédicule. Libre dans l'abdomen, il arrive en contact avec des organes auxquels il est bientôt uni par des adhérences qui deviennent vasculaires et lui fournissent les éléments nécessaires à sa nutrition et à son développement. Très rarement le kyste détaché se comporte dans la cavité péritonéale comme un corps aseptique, sans provoquer de réaction inflammatoire et guérit par atrophie.

Quand la torsion se produit lentement, les phénomènes menaçants du début diminuent peu à peu d'intensité et on voit bientôt survenir les symptômes d'une péritonite localisée. Les adhérences s'établissent entre la tumeur et les organes voisins. Le kyste présente

alors une évolution variable ; si l'apport fourni par les adhérences est insuffisant, il s'atrophie et subit la dégénérescence graisseuse ou calcaire ; si la nutrition est suffisante, après un temps d'arrêt, la tumeur continue à augmenter de volume. Enfin, dans certains cas, il semble que la torsion se manifeste surtout par ce fait qu'au moment des règles il se produit de violentes douleurs ; en dehors de ce moment on ne remarque rien de particulier.

La connaissance de cet accident est d'une grande importance, car il est souvent possible par une intervention opportune de sauver les malades. En effet, lorsque les accidents sont graves, la laparotomie doit être faite d'urgence ; on peut quelquefois prévenir ainsi une hémorrhagie, une gangrène ou une péritonite aiguë. Dans les cas de torsion lente, sans que les indications opératoires soient urgentes, il faut néanmoins intervenir le plus tôt possible pour empêcher la production d'adhérences qui compliquent toujours l'ovariotomie.

(*Journal de médec. et de chir. prat.*).

DE L'HYPERTROPHIE ET HYPERPLASIE DES TROMPES DE FALLOPE DANS LES TUMEURS KYSTIQUES DES OVAIRES,

Par M. Fedorenko.

L'hypertrophie des trompes ayant déjà été signalée par divers gynécologistes (Scanzoni, Olshausen) dans les cas de tumeurs de l'ovaire, l'auteur en a fait une étude détaillée en se basant sur onze cas de kystes ovariens. Il arrive aux conclusions : que la longueur maximum 25-30 centimètres, donnée par Scanzoni, ne constitue qu'une moyenne, et peut être de beaucoup dépassée, jusqu'à 40 et même 58 centimètres ; que l'hyperplasie porte surtout sur la couche musculaire ; qu'il y a parfois dans la trompe des processus inflammatoires, probablement causés par la distension mécanique amenée par la tumeur ; que le processus de l'hyperplasie est très lent : les figures de karyokinèse sont rares ; qu'il y a parfois des modifications régressives : certaines cellules épithéliales et musculaires sont dégénérées graisseusement ; et qu'enfin parfois la trompe est située, non pas à la périphérie, mais dans la paroi même du kyste.

Dr Cristiani.

(*Wratch*, 1890, n° 20 et 22, et *Gaz. de Gynéc.*)

CINQ CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE,

Par le professeur Fasola.

Dans la clinique obstétricale florentine dirigée par le professeur Chiara, de 1883 à 1885, sur 1,565 grossesses, on put reconnaître 5 cas de grossesse extra-utérine. Dans un de ces cas, qu'il ne fut pas possible de diagnostiquer comme tubaire ou ovarique, on pratiqua l'aspiration vaginale du contenu liquide de l'œuf ; plus tard, on fit une série d'applications de courants électriques ; ceux-ci déterminèrent de violentes douleurs qui cessèrent brusquement vingt jours après le commencement de la cure. Il survint pendant ce temps une légère hémorrhagie accompagnée de l'expulsion de mucosités utérines et une diminution du volume de la tumeur, qui en même temps devint dure et bosselée.

Dans le second cas, suivi de la mort du fœtus par rupture de l'œuf dans le péritoine, on fit la laparotomie aussitôt après la mort de la mère, et on reconnut qu'il s'agissait d'une grossesse abdominale parvenue au septième mois.

Les trois autres cas se terminèrent par la rupture du kyste et sans intervention chirurgicale.

(*Ann. di Ost. Gin.*, 1888, nos 4 et 5.)

NOUVELLES

Cours libre d'électrothérapie gynécologique. — Le Dr Brivois a commencé lundi, 6 avril, un cours libre d'Electrothérapie gynécologique. Le cours sera complet en 9 leçons et durera un mois ; théorique et pratique, il comprendra toutes les opérations électriques pratiquées sur l'utérus et ses annexes.

Les élèves exécuteront ces opérations.

S'inscrire à la Clinique du Dr Brivois, 15, rue Malebranche, tous les jours, de 1 h. à 3 h.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. — *Prix Jean Dubreuilh.* — Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1892.

Pour se conformer aux intentions du fondateur de ce prix, qui a voulu que le sujet à traiter fût un sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante :

Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.

Prix Fauré. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante :

Des différents moyens de garantir du froid les classes pauvres et de prévenir les accidents causés par le froid.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franco de port*, à M. G. Sous, Secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 29 février 1892, limite de rigueur. Les Membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Bordeaux, le 15 février 1891.

Le Secrétaire général,
Dr G. Sous.

—

Concours pour l'internat de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare. — Le concours s'ouvrira le 19 mai prochain. MM. les étudiants qui désireront y prendre part devront se faire inscrire au Ministère de l'Intérieur (direction de l'Administration pénitentiaire, 11, rue Cambacérès).

Le registre d'inscription sera ouvert le 23 mars et sera clos définitivement le 18 avril, à quatre heures.

—

Stage obstétrical. — Le règlement relatif au stage obstétrical et aux épreuves du cinquième examen de doctorat est arrêté comme suit :

Article premier. — Après la seizième inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté.

La durée de ce stage est d'un mois, pendant lequel l'étudiant est obligé de pratiquer lui-même au moins deux accouchements.

Les étudiants qui auront été internes dans les services des accouchements des hôpitaux sont seuls dispensés de ce stage ; ils pro-

duiront, à cet effet, un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux.

Art. 2. — La première partie du cinquième examen de doctorat se compose :

1° D'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté ;

2° D'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté.

Chacune de ces épreuves est éliminatoire ; le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès.

Les séries des épreuves de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale comprennent six candidats.

Pour être admis à la deuxième de ces épreuves, le candidat justifiera de l'accomplissement du stage hospitalier établi à l'article premier, et produira, à cet effet, un certificat signé d'un des professeurs de clinique obstétricale.

Art. 3. — Ces dispositions seront applicables à partir du 6 avril 1891, en ce qui concerne le stage obstétrical, et à partir du 1er juin suivant, en ce qui concerne le cinquième examen de doctorat.

Dispositions relatives à l'application du présent règlement. — 1° Les élèves pourvus de seize inscriptions seront admis à se faire inscrire, en vue du stage obstétrical, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours, de midi à trois heures. Ils seront ensuite convoqués par lettre spéciale.

Chaque série comprendra vingt-quatre élèves à la clinique d'accouchements de la rue d'Assas, et trente, à la clinique Baudelocque, boulevard de Port-Royal, 125.

2° Ces élèves assisteront à la visite pendant un mois. — Ils devront, trois fois par semaine, par séries de garde, séjourner à la clinique, de neuf heures du matin à dix heures du soir.

3° L'appel nominal sera fait tous les matins dans chaque service, à neuf heures, par le professeur ou par le chef de clinique.

4° Les stagiaires de garde ne pourront s'absenter dans la journée sans une autorisation spéciale du professeur ou du chef de clinique ; mais, à l'heure du repas, ces élèves auront droit à une sortie d'une heure pour le déjeuner et d'une heure pour le dîner.

5° Les internes des hôpitaux seront admis à faire leur stage à la clinique Baudelocque, de dix heures du soir à huit heures du matin.

En s'inscrivant au secrétariat de la Faculté, ils devront faire connaître leurs intentions à ce sujet.

6° Les élèves sages-femmes étant de garde à la clinique d'accouchements (rue d'Assas) de dix heures du soir à huit heures du matin, les étudiants n'y seront pas admis pendant ce temps.

VARIÉTÉS

—

LES AIDES APOTHICAIRES, LES SAGES-FEMMES ET LES FEMMES PHARMACIENNES. — En toute discussion, il ne faut point mélanger des sujets d'ordre différent, car de telles discussions ne jaillit plus qu'une lumière trop peu vive. Aussi trouvons-nous inutile et néfaste de brouiller les cartes, comme le font certains journaux, dans la question des femmes pharmaciennes. Tout cela, sous le prétexte de montrer que notre idée n'est point aussi nouvelle que nous avons semblé le croire. Et d'abord, pour mettre tout le monde à l'aise, rappelons la phrase classique de Musset, qui traduit assez bien en français un proverbe latin connu : « Il faut être ignorant comme un maître d'école pour se vanter de dire une seule parole que personne ici-bas n'ait pu dire avant vous. » Le *Petit Journal*, auquel nous répondons par cette note, met en effet sur le même rang les femmes pharmaciens et les aides apothicaires. Il n'y a rien là de comparable.

« La proposition du *Progrès médical*, dit-il, est excellente ; elle a, en outre, le mérite d'être fort pratique. »

Soit ! merci pour cet appui ; mais pourquoi ajouter, ce qui gâte tout :

« L'idée n'en paraît pas aussi neuve qu'on pourrait le croire. L'application en a été faite depuis plusieurs années en Hollande, et elle a donné les meilleurs résultats. A l'Ecole industrielle féminine fondée à Amsterdam, par la Société du Bien public, une institution très florissante qui compte trois cents élèves, il y a une section spéciale d'enseignement pour les *aides apothicaires*. Ces aides sont particulièrement adjointes aux médecins de campagnes, qui possèdent tous chez eux une pharmacie ; un certain nombre sont également réclamées par les pharmaciens des villes. Les cours qu'on leur impose ont un caractère très sérieux : elles doivent apprendre la pharmacopée, les préparations chimiques élémentaires et des notions de

médecine populaire et d'hygiène. Une cinquantaine de jeunes filles suivent annuellement ces cours. »

Nous n'avons jamais nié l'existence de ces aides apothicaires ; mais comme ces aides ne deviennent pas et ne sont jamais encore devenues des pharmaciennes, ce ne sont en somme que des surveillantes de pharmacie, tout à fait analogues aux surveillantes laïques de nos hôpitaux, du moins pour celles qui ont passé par les Ecoles d'infirmières. Il ne s'agit donc pas là d'exercice de la pharmacie par les femmes.

Quelques-uns de nos correspondants rapprochent encore de la profession de pharmacien exercée par des femmes, celles de sages-femmes. Ils oublient que ces deux professions conviennent au moins pour les candidats au titre de pharmacien de 1re classe, à des catégories de femmes tout à fait différentes, au point de vue du milieu social auquel elles appartiennent, de l'éducation et de l'instruction qu'elles ont reçues. Nous n'avons donc pas à nous arrêter sur ces réflexions. Et essayer de démontrer plus longtemps qu'elles n'ont rien à voir avec le sujet qui nous occupe, ce serait enfoncer une porte ouverte !

(*Progrès Médical.*) MARCEL B.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Entasis et dyspepsie entasique**, par le D. C. L. COUTARET (de Roanne). Paris, Levé, 1891.

II. **Découvertes contemporaines relatives aux maladies des voies digestives**, par le D. C. L. COUTARET (de Roanne), Lyon, 1891.

III. Vient de paraître, à la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois :

Formulaire de Médecine pratique, par le docteur E. MONIN (préface du professeur Peter). Cet ouvrage, qui renferme plusieurs milliers des meilleures formules, rendra à tous nos confrères les plus utiles services dans leur clientèle journalière. L'hygiène des maladies, la médecine des symptômes, la thérapeutique conçue d'après les indications cliniques : Voilà ce qu'y trouveront tous les médecins soucieux d'approfondir *l'ars curandi*, dénommé à bon droit « la partie la plus utile de l'art le plus utile que l'homme ait inventé ». Le Formulaire du docteur MONIN est appelé au succès durable, parce qu'il est méthodiquement mis en pages et rédigé avec un sens critique assez rare dans ces sortes de publications.

IV. **L'art de classer les notes. — Comment on organise son bureau et sa bibliothèque**, par M. GUYOT-DAUBÈS. Un vol. in-18, figures. Prix

2 fr. 25. (Bibliothèque des Gens de Lettres, 166, boulevard Montparnasse, Paris.

D'après l'auteur il existe un Art de Classer les Notes, et cet art est important car sa pratique permet à chacun de conserver le profit qu'il a pu retirer de ses lectures, de ses études, de ses travaux.

Tous les grands écrivains, tous les grands savants, dit-il, ont été collectionneurs de notes.

Il examine les divers systèmes employés par quelques-uns de ces hommes d'étude et les discute avec compétence.

Il montre que le commerçant ou l'homme du monde a également un grand intérêt à avoir ses lettres, ses factures, ses papiers de famille et d'affaires sous un classement permettant de les retrouver avec facilité.

Ce livre a non seulement un but pratique, mais de plus, il renferme un grand nombre de faits inédits et d'anecdotes littéraires et il sera lu par chacun avec intérêt et utilité.

V. **Remarques cliniques et opératoires sur une série de cinquante laparotomies**, par le Dr C. Jacobs, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles (1).

Ce travail a pour base une série de 50 observations de laparotomies pratiquées pour la plupart à Bruxelles à l'Institut chirurgical des Sœurs de Notre-Dame-de-la-Compassion, et qui se chiffrent comme résultats par 47 guérisons et 3 décès, soit une mortalité de 6 %.

Avant de passer à l'énonciation des différents cas qui ont nécessité l'intervention chirurgicale, l'auteur nous donne un aperçu général sur son outillage chirurgical, sur la salle d'opérations, sur la façon dont il fait l'antisepsie. Rien de bien spécial à noter si ce n'est que la désinfection des instruments est obtenue par le séjour dans l'eau bouillante pendant cinq minutes avant l'opération, que celle des instruments à mors, commes pinces à forcipressures, à dissection, l'est par le flambage à la lampe à alcool. Cette dernière manière de faire a des inconvénients au point de vue de la bonne conservation des instruments ainsi traités. Pendant l'opération, pas d'éponges ou rarement, mais les compresses aseptiques trempées dans de la liqueur de Van Swieten double au moment de l'intervention. Les éponges quand on en emploie, sont préparées par le personnel de la Salpêtrière.

La manière d'opérer, les soins consécutifs, ne diffèrent en rien de ce que nous voyons et faisons journellement.

Voici maintenant le résumé des opérations pratiquées par M. le docteur Jacobs.

Opérations pour fibromyomes utérins. — 2 Hystérectomies abdominales au pédicule extra-péritonéal. Guérisons.

1 Hystérectomie abdominale ou réduction du pédicule et de sa ligature élastique. Guérison après accidents inflammatoires aseptiques déterminés par la ligature et nécessitant encore 2 laparotomies consécutives.

1 Castration double. Guérison.

2 Ablations de fibromes pédiculés avec pédicules réduits. 2 Guérisons.

L'auteur n'est pas partisan exclusif de la méthode intra-péritonéale qui ne lui a pas d'ailleurs réussi dans le seul cas qu'il nous cite ; en cela il est d'accord avec un grand nombre de gynécologistes et cela s'applique bien entendu aux hystérectomies où il y a ouverture de la cavité utérine par l'ablation du

(1) Rapport lu par M. le Dr Ed. Schwartz à la Soc. obst. et gyn., séance du 14 décembre 1890.

fibrome. Cette méthode expose en effet, beaucoup plus que l'intra-péritonéale à l'infection péritonéale et aux hémorrhagies.

Opérations pour tuberculose du péritoine et des organes génitaux. — Trois laparotomies, trois guérisons opératoires.

Les malades n'ont point vécu assez longtemps après pour pouvoir parler de guérisons proprement dites : l'une d'elles est au bout de trois mois, reprise d'accidents abdominaux et pulmonaires qui ne laissent pas de doute sur l'issue funeste de la maladie.

Comme nous l'avons dit récemment à la Société de Chirurgie à propos d'une de nos malades opérée il y a neuf mois, et chez laquelle, après une pause de quatre mois, la récidive a eu lieu, il ne faut pas se presser de proclamer la guérison par la laparotomie de la péritonite tuberculeuse.

Opérations pour ovario-salpingites et salpingites. — 21 laparotomies dont 18 avec castration uni ou bilatérales et ablation des trompes malades. 2 avec détachements d'adhérences ; dans un cas on a fait le drainage.

Comme pathogénie, la blennorrhagie a pris un rôle prépondérant dans l'inflammation des annexes.

Au point de vue des résultats éloignés, l'auteur les déclare excellents.

Dans les salpingites purulentes unilatérales, l'ablation d'un côté suffit à la guérison ; dans les salpingites catarrhales ou interstitielles, autant que faire se peut, il faut pratiquer l'ablation bilatérale.

Sur les 21 opérations il y a eu 2 décès l'un par péritonite septique, l'autre par congestion pulmonaire.

La laparotomie ou incisions exploratrices. — Le docteur Jacobs range sous ce titre 5 observations dont une seule est une vraie incision exploratrice pour une tumeur fantôme. Dans les autres cas, il s'est agi de l'ouverture de l'abdomen pour remédier à des accidents septiques après une première laparotomie ; dans un cas particulier, l'opération a consisté dans l'ouverture d'un foyer purulent ouvert à la partie supérieure de la cicatrice.

Tous ces cas ont guéri.

Ovariotomies. — 8 opérations dont 2 énucléations de kystes du ligament large ; 8 guérisons.

Hystéropexies abdominales. — 6 opérations dont 5 pour des rétroflexions douloureuses, 1 pour un prolapsus. Au point de vue des résultats définitifs qui sont surtout intéressants, il est impossible de se prononcer, toutes ces interventions ne datent que de 3 à 4 mois au plus. Il serait d'autant plus important de connaître les suites quand l'opérateur ne met qu'un seul fil sur l'utérus pour le fixer à la paroi abdominale et ne créer ainsi qu'une zone d'adhérences bien limitée.

Dans le cas où l'hystéropexie a été faite pour prolapsus, celui-ci était déjà en pleine récidive quelques mois après l'intervention. Aussi le docteur Jacobs pense-t-il avec raison l'associer aux opérations anaplastiques sur le vagin, la vulve et le périnée. Pour notre compte, nous sommes convaincu que dans la plupart des cas, ces dernières sont largement suffisantes.

Le mémoire se termine par une observation de tumeur intestinale enlevée par résection de l'intestin et terminée par la mort.

VI. **Exposicion de varios casos de sifilis et des algunos anomalios anatomicas del apparato genital de la mujer,** par le Dr Juan Soler et Buscalla. Barcelonne, 1890.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

69. — Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique, par le Dr Benoist. — L'oxymel scillitique n'est pas un spécifique de la coqueluche. Ce médicament rend de grands services en abrégeant notablement la durée de la période spasmodique et en favorisant la sécrétion bronchique.

Il fait cesser les vomissements dans un délai qui ne dépasse pas trois jours et empêche la dénutrition qui en serait la conséquence.

Il diminue l'intensité des quintes et cela d'autant plus rapidement que l'enfant est plus vigoureux. Jusqu'à l'âge de deux ans, ses effets sont moins manifestes qu'à un âge plus avancé.

L'oxymel scillitique agit comme expectorant : il agit sur l'élément catarrhal et par suite sur l'élément spasmodique, car ces deux éléments sont en antagonisme.

Il importe que l'oxymel scillitique soit d'excellente qualité.

D'après le Dr Netter, il doit être administré quotidiennement et aussi longtemps que les quintes, quoique diminuées d'intensité et de fréquence, se produisent encore. Un seul jour d'interruption, et les quintes peuvent redevenir violentes, ce qui s'explique du reste par le rétablissement de la sécheresse de la muqueuse.

L'heure de l'administration de l'oxymel scillitique doit être choisie de manière qu'il n'y ait pas concomitamment dans l'estomac des aliments ou boissons. Voici la manière de procéder : l'enfant ayant reçu son goûter à 3 heures de l'après-midi, ne devra pas manger ou boire avant 7 heures du soir. Le remède est donné de 5 à 6 heures.

Chez les enfants en allaitement, on fait mettre dans la bouche 20, 40, 60 gouttes dans les vingt-quatre heures. L'enfant est mis au sein toutes les deux heures et c'est à l'heure d'intervalle que plusieurs gouttes sont mises dans la bouche. En donnant l'oxymel à un moment très rapproché de la mise au sein, le lait se caillerait dans la bouche même.

Chez les enfants de 2 à 3 ans, on donne l'oxymel scillitique de 5 à heures du soir, à la dose de 4 à 5 cuillerées à café, une toutes les dix minutes.

Au-dessus de 3 ans, on donne 6 cuillerées à café. Chez l'adulte, 7 à 8 cuillerées à café par jour prises dans le cours d'une heure suffisent.

Quand l'expectoration est abondante, on peut administrer un vomitif. On peut promener l'enfant, le changement d'air ne lui est que favorable. Toutefois, par les temps froids et humides, il faut s'abstenir de le faire pour éviter les complications de broncho-pneumonie. (*Thèse de Nancy*, 1890.)

***

70. — De l'albuminate de fer et de manganèse soluble. — Pourquoi cette association du fer et du manganèse ? Quelles raisons nous indiquent qu'il faut donner la préférence à un albuminate? Nos maîtres en thérapeutique, Trousseau, Pidoux, Constantin Paul, et tant d'autres, ont pris bien avant nous la peine de répondre à la première question. Après avoir étudié le rôle important que le fer joue dans l'organisme et l'avoir établi d'une façon si magistrale et si vraie que ces connaissances sont passées maintenant dans le domaine public, ils n'ont pas laissé dans l'ombre les propriétés du manganèse et sa présence dans l'économie : « Si les propriétes du manganèse se « rapprochent de celles du fer, dans le minerai duquel on le rencon- « tre presque toujours, les propriétés thérapeutiques de cet agent « semblent de même analogues à celles du fer auquel la nature l'a « presque toujours uni. »

Déjà, en 1847, M. Millon annonçait à l'Institut que le sang de l'homme contient presque toujours du manganèse, et que la proportion du fer et de ce métal y est assez forte pour qu'on puisse les doser par les méthodes d'analyse habituelles ; et, en 1850, le docteur Pétrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, enseignait que là où le fer échoue, les préparations ferro-manganiques réussissent, et que nombre de préparations martiales doivent un supplément d'activité à la présence fortuite du manganèse.

Et, d'ailleurs, n'est-ce pas presque toujours sous la forme de sels ferro-manganiques que les plantes absorbent le fer que l'alimentation végétale fait ensuite passer en nous?

Les découvertes scientifiques, arrivées dans cet ordre d'idées presque à la perfection, la nature elle-même, tout nous avait démontré quel immense avantage on devait retirer de cette heureuse association du fer et du manganèse, que nous avons présentée sous la forme d'albuminate de fer et de manganèse.

En effet pour être très connus, ces avantages n'en paraissaient pas moins avoir été négligés par le corps médical, personne ne s'étant trouvé, parmi les chimistes, pour mettre à sa disposition un albuminate de fer et de manganèse soluble, facile à employer, et permettant d'éviter les inconvénients d'un grand nombre de préparations ferrugineuses qui se traduisent du côté du tube digestif par l'anorexie, les pesanteurs d'estomac, la constipation quelquefois opiniâtre, et quelquefois alternant avec de la diarrhée.

C'est pour combler cette lacune que M. Trouette, pharmacien à Paris, a été amené, par ses recherches, à profiter de la propriété qu'a l'albumine de former, avec le fer et le manganèse, un albuminate soluble.

Il en a fait des dragées de « *fer Trouette* » à base d'albuminate de fer et de manganèse. Ces dragées n'empruntent, par conséquent, pas aux liquides de l'estomac aucun de ses éléments pour se dissoudre et ne troublent aucune de ses fonctions. Il est donc facile de comprendre pourquoi cette préparation est des plus assimilables ; c'est ce qui explique la grande faveur avec laquelle ce produit a été accueilli par l'unanimité des médecins, qui n'ont eu à enregistrer que des succès obtenus par son emploi dans toutes les maladies où les ferrugineux sont indiqués, l'anémie, la chlorose, la faiblesse, l'appauvrissement du sang, l'épuisement, la croissance des enfants, la formation des jeunes filles et des jeunes gens.

Il a choisi la forme de dragées pour avoir un médicament facile à prendre, bien accepté par les malades, et de bonne conservation. On doit prescrire, au milieu de chaque repas, de deux à six « *Dragées de Fer Trouette* » suivant l'âge du malade, deux pour les enfants, quatre pour les adolescents, six pour les adultes, chaque dragée contenant un centigramme et demi d'albuminate soluble.

***

71. — Le simulo contre l'ovaro-salpingite aiguë ou subaiguë. — Le *simulo* est le fruit d'un *capparis* de l'Amérique méridionale (Bolivie, Pérou), dont l'espèce n'a pas encore été déterminée. Ce fruit, en forme de baie de la grosseur d'une olive, renferme une pulpe encore un peu molle et des semences en assez grand nombre. On peut, en le broyant, le transformer en pilules presque sans addition d'aucun excipient ; au besoin, on ajoute un peu de

miel. Le Dr Poulet, de Plancher-les-Mines, qui publie un travail sur l'emploi de ce médicament, a surtout fait usage de la teinture alcoolique anglaise, au huitième.

En Angleterre, plusieurs praticiens l'ont administré contre l'épilepsie, l'hystérie et d'autres affections nerveuses. Le Dr Poulet en a obtenu de bons effets dans l'ovaro-salpingite qui se manifeste assez fréquemment chez les hystériques, après les époques menstruelles. Il recommande d'en faire usage aussitôt que possible et de l'administrer à la dose de 3 à 4 grammes de teinture par jour.

Ce médicament calme très rapidement la douleur intolérable de la partie tuméfiée et la résolution s'opère en quelques jours. Ces conclusions sont tirées de trois observations favorables.

***

72. — De l'anesthésie obstétricale par l'hypnotisme, par le Dr J. Luys, médecin de l'hôpital de la Charité (1). — Nous avons publié plusieurs observations de femmes accouchées sans douleur, après les avoir placées en état de fascination.

Nous allons rapporter actuellement deux observations confirmatives de deux femmes qui, placées dans les mêmes conditions, ont pu subir les douleurs de la parturition sans, une fois réveillées, avoir la moindre notion, le moindre souvenir de ce qui s'était passé en elles, pendant la période d'obnubilation mentale dans laquelle elles avaient été artificiellement plongées.

Ces trois faits constituent déjà un appoint notable en faveur de cette méthode nouvelle d'anesthésie obstétricale qui a été inaugurée dans mon service à la Charité — et je suis heureux d'en préconiser les résultats heureux, en disant qu'elle est non seulement bienfaisante en elle-même, en ce sens que, comme le chloroforme, elle supprime les douleurs du travail, mais encore, qu'elle est sans danger pour la mère et pour l'enfant, et incapable de produire ces accidents errifiants que l'on a toujours plus ou moins à redouter avec le chloroforme. — On en comprend donc dès maintenant la portée, et sans avoir la prétention de l'appliquer à toutes les femmes, il est à présumer qu'elle pourra être utilisée auprès d'un certain nombre de sujets hypnotisables à l'état latent, qui profiteront ainsi de ses bienfaisants effets.

(1) Ce travail est extrait des *Annales d'hypnologie et de psychiatrie* publiées sous la direction de MM. Luys et Ball.

Je dois ajouter qu'il ne s'agit pas ici de l'application du grand hypnotisme qui a été appliqué jusqu'ici avec plus ou moins de succès aux opérations obstétricales, mais bien de procédés nouveaux dérivés de mes recherches personnelles sur l'état de fascination, ainsi que sur les procédés employés par moi pour le développer à l'aide des miroirs rotatifs.

Cette nouvelle méthode d'anesthésie dont je ne fais que de signaler ici les premiers débuts et qui a été inaugurée dans mon service à la Charité, mérite d'attirer l'attention des accoucheurs parce qu'elle est pratique, inoffensive, applicable à un certain nombre de sujets, peut-être plus grand qu'on ne le suppose, et que, jusqu'à présent, maniée dans des conditions techniques déterminées, elle m'a donné d'excellents résultats.

Le procédé opératoire est des plus simples ; il suffit chez la femme enceinte arrivée entre le 7e et le 8e mois de la grossesse, de pratiquer chez elle presque tous les jours la fascination et de la maintenir ainsi en période de fascination pendant 15 à 20 minutes. Il est indispensable dans les premiers temps d'avoir recours aux miroirs rotatifs. Au bout de quelques séances, l'état de fascination est produit ; les sujets deviennent alors anesthésiques, cataleptiques et suggestionnables.

Quelquefois même, dès la première séance l'état de fascination est produit d'emblée comme cela a eu lieu sur le sujet de la troisième observation. Au bout de quelques semaines on supprime les miroirs et on arrive ainsi à produire la fascination rien que par le regard, ce qui est absolument indispensable pour le moment de l'accouchement. — Une fois l'état de fascination produit, on réveille le sujet par suggestion, et comme tous les fascinés similaires, il reprend le cours de la vie sans avoir la moindre conscience de ce qui s'est passé dans l'intervalle.

Les trois femmes de mon service qui ont été soumises à cette période d'entraînement fascinatoire n'ont pendant les derniers temps de leur grossesse présenté aucun phénomène anormal, aucun trouble dans leur santé et dans la vitalité de leur enfant.

Le côté délicat de l'opération, c'est d'arriver au bon moment, lorsque le travail est déjà commencé et que les douleurs expulsives conscientes s'exhalent avec une notable intensité.

Aussitôt que le médecin qui a dirigé l'entraînement fascinatoire arrive, il pratique avec le regard ou un objet brillant l'état de fascination. — Dans les trois cas qui se sont passés dans mon service ces

états de fascination se sont révélés instantanément, au commandement en quelque sorte ; ce qui indique le bon état d'entraînement des sujets. — Et alors la scène change, les douleurs cessent d'être conscientes et le sujet suggestionné dans la direction qu'on lui indique concentre tous ses efforts au point de vue des mouvements d'expulsion. Il y a là toute une technique spéciale qu'avec un peu d'habitude on arrive facilement à connaître.

Le réveil, une fois l'opération terminée, se fait par simple suggestion et comme dans tous les cas semblables, les sujets reprennent connaissance du milieu ambiant, tout étonnées en voyant leur enfant et constatant que l'opération est faite.

Les deux femmes dont je vais rapporter l'observation succincte, toutes deux primipares, ont été entraînées à l'état de fascination environ six semaines avant leur accouchement ; — l'une était franchement hystérique, et l'autre, dont je connaissais les antécédents depuis longtemps, n'avait jamais présenté aucun caractère névropathique ; néanmoins, dès la première séance, mise en présence d'un miroir rotatif, elle présenta l'état de fascination.

La première malade, Marthe, âgée de 23 ans, est une hystérique, qui a fait plusieurs séjours dans mon service et qui a présenté successivement les accidents variés de l'hystérie, avec attaques irrégulières ; elle est primipare. C'est une femme petite, trapue, bien constituée et très intelligente.

Devenue enceinte elle venait régulièrement dans mon laboratoire pour se faire endormir, à cause de ses crises d'une part et des vomissements incoercibles de sa grossesse dont elle était fortement incommodée. — Les séances de fascination faites presque quotidiennement, la calmaient d'une façon tout à fait satisfaisante. Arrivée à son huitième mois nous lui proposâmes de continuer ce que nous avions commencé jusqu'ici, de répéter les séances de fascination et d'arriver ainsi, grâce à l'anesthésie provoquée, à la faire accoucher sans douleur. Soumise à des séances régulières presque quotidiennes, Marthe arriva ainsi aux dernières périodes de sa grossesse sans le moindre incident, et sans le moindre trouble du côté de l'enfant, qui continuait à donner signe de vie.

Le 28 septembre 1889, à 8 heures du soir, elle commença à ressentir les premières douleurs. Ces douleurs se montrèrent avec leur caractère habituel jusqu'à 11 heures, au moment où, fascinée par le

regard, elle perdit complètement la conscience de ce qui se passait autour d'elle.

Cet état d'inconscience se prolongea toute la nuit, jusqu'à 8 heures du matin, au moment où elle fut réveillée.

Pendant cette période d'obnubilation mentale dont elle ne conserva au réveil aucune notion, elle continua à parler, à crier, comme tous les sujets qui sont sous l'empire des vapeurs du chloroforme ; elle poussait vaguement, et le travail dans les premiers temps ne marchait qu'avec une certaine lenteur. — C'est alors que l'action d'une suggestion bien donnée montra son efficacité ; le travail, ainsi que je viens de le dire, étant ainsi mollement conduit, on dit à la patiente de l'activer et de pousser avec plus de suite et d'efforts. Elle obéit immédiatement et grâce à cette suractivité communiquée, les efforts d'expulsion devinrent plus énergiques, si bien que la tête fut amenée à la vulve à la suite de trois poussées consécutives. La délivrance eut lieu dix minutes après, et pour la hâter on eut encore recours aux effets d'une suggestion appropriée.

Lorsque toutes les opérations consécutives furent terminées, on réveilla la patiente, elle ouvrit naturellement les yeux, reprit connaissance du milieu ambiant et à l'étonnement de tous ceux qui y assistaient, répéta à plusieurs reprises que si elle avait accouché elle n'en savait rien, et qu'elle ne conservait aucun souvenir de tout ce qui s'était passé.

La seconde malade, Marianne, domestique, est une femme de 21 ans, primipare. Elle est entrée dans mon service en octobre 1889, au septième mois de sa grossesse. C'est une fille bien portante, qui a rempli pendant plusieurs mois les fonctions d'infirmière à Ivry, et chez laquelle je n'ai jamais constaté le moindre accident nerveux ; elle était travailleuse et s'occupait intelligemment de ses fonctions. Se voyant arriver au terme de sa gestation, elle vint me demander de la recevoir à la Charité, dans le but d'accoucher sans douleur, ainsi que je le lui avais promis.

Une fois admise, elle fut immédiatement soumise à l'action des miroirs rotatifs et dès la première séance elle tomba en état de fascination. — Peu à peu je l'habituai à être fascinée par l'action du regard bientôt cette pratique seule suffisait à la rendre anesthésique, cataleptique et suggestionnable comme une fascinée complète. Les séances de fascination eurent lieu environ deux ou trois fois par semaine.

Le 17 octobre, elle fut prise des fortes douleurs de l'accouchement,

vers 4 heures du soir ; pendant toute la nuit les douleurs furent très intenses et le travail n'avançait que lentement, malgré les efforts énergiques de la patiente. Ce n'est que le lendemain matin, vers 9 heures, que la personne chargée d'opérer la fascination put la pratiquer. — Marianne s'endormit alors d'emblée, sous la simple action du regard et à partir de ce moment elle perdit la conscience du milieu ambiant et accoucha normalement sans avoir éprouvé aucune douleur.

***

73. — De l'influence sur le nourrisson du lait de la mère lorsque celle-ci est en traitement. (Schling). — L'auteur a fait une série d'expériences avec divers médicaments, et a obtenu les résultats suivants:

1° *Salicylate de soude.* — Dose variant de 2 à 3 grammes.

Toutes les fois que l'enfant n'a été mis au sein qu'une heure au moins après l'administration du médicament à la mère, on a retrouvé le salicylate dans ses urines. Au bout de vingt-quatre heures, on n'en trouve plus trace. Toutes les fois que l'enfant a été mis au sein trop tôt après l'administration du médicament, on n'a pas trouvé trace du médicament dans ses urines.

L'élimination finissait en même temps chez la mère et l'enfant.

2° *Iodure de potassium.* — Mêmes résultats.

Le lait analysé a donné la réaction caractéristique. Chez l'enfant, l'élimination dure soixante-douze heures ; chez la mère, quarante-quatre. Au bout de vingt-quatre heures, le lait de la mère contient de l'iodure de potassium.

3° *Ferrocyanure de potassium.* — Réaction très nette dans l'urine maternelle. Rien dans l'urine fœtale.

4° *Iodoforme*, employé en applications sur les plaies vaginales et vulvaires des femmes en couche. — Au bout de l'emploi prolongé pendant un certain temps, règle générale, on trouve de l'iode dans le lait et l'urine de la mère, mais pas toujours dans l'urine du fœtus.

5° *Mercure.* — La transmission du mercure au nourrisson à travers le lait est très faible, peut-être très irrégulière ; tantôt on le trouve, tantôt pas, ce qui doit tenir à la quantité de lait absorbé.

6° Quant à l'influence de la nourriture maternelle, elle paraît nulle : on peut laisser les nourrices manger impunément des acides (citron, vinaigre, etc.).

7° *Narcotiques*. A. *Opium en teinture*, de 20 à 25 gouttes. — Tandis que Tornhill dit avoir observé chez l'enfant un sommeil prolongé, M. Fehling n'a observé ni prolongation du sommeil chez l'enfant ni constipation.

B. *Chlorhydrate de morphine*. Solution 1 : 30. Doses : 0.008, 0.01 ; 0,015 ; 0.02. — Rien de particulier à noter chez l'enfant.

C. *Chloral*. Dose : 1 à 3 grammes. Durée moyenne du sommeil maternel : deux heures. Action nulle sur l'enfant fort et vigoureux. Si l'enfant est faible et avant terme, on peut, par excès de précaution, attendre deux heures, mais pas plus, avant de le mettre au sein.

D. *Atropine*, sulfate à 1. p. 100. Doses en injections sous-cutanées, chez la mère, de 0,003 à 0,005. — Symptômes très nets chez la mère. Dilatation de la pupille chez les enfants, qui disparaît en vingt-quatre heures. Donc ne l'employer qu'à doses très faibles.

Influence de l'état fébrile maternel. — Dans l'immense majorité des cas, le lait d'une femme atteinte de fièvre n'a pas d'influence sur l'enfant. Ce n'est que dans les cas rares de maladie grave de la mère, avec une température persistante de 40°, que les courbes fébriles de l'enfant présentent des caractères identiques à celles de la mère. M. Bumm a constaté, dans un cas de mammite, le passage du micrococcus dans le lait et l'appareil digestif de l'enfant.

***

74. — Sur la prophylaxie de la cécité par ophtalmie des nouveau-nés, par M. Dehenne. — Malgré les grands progrès de l'hygiène publique, l'ophtalmie des nouveau-nés fait encore des ravages considérables. Sur 100 aveugles, 45 au moins ont perdu la vue par l'ophtalmie des nouveau-nés. Sur 100 enfants atteints au moment de la naissance d'ophtalmie purulente, 35 ou 40 restent irrémédiablement aveugles. Il est indispensable de remédier à cet état de choses. Presque tous les pays étrangers se sont occupés de la question ; en France, Fieuzal, Galezowski, Brière, Terson, de la Personne, ont appelé l'attention des pouvoirs publics sur cette importance question; r is leur voix n'a pas eu d'écho. Il est démontré :

.° Que toute ophtalmie des nouveau-nés doit être considérée (mme une affection grave et soignée comme telle ; 2° Que dans tous l milieux hospitaliers ou autres où se trouvent des femmes en cou- (es, si des précautions antiseptiques rigoureuses sont prises avant la

naissance de l'enfant, et au moment de la naissance, l'ophtalmie purulente tend à disparaître ; 3° Que toute ophtalmie purulente bien soignée doit toujours guérir.

Ce n'est qu'en 1875 que l'antisepsie de la mère, au moment de l'accouchement, a commencé à être mise en pratique. Il faut croire que les moyens prophylactiques et thérapeutiques sont encore bien peu répandus à l'heure actuelle, puisque les statistiques démontrent que l'ophtalmie des nouveau-nés fait des ravages si considérables (45 à 50 % de la totalité des aveugles). Dans son mémoire, M. Dehenne pose très nettement les indications de la prophylaxie et de la thérapeutique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Comme moyens préventifs il insiste surtout sur les lotions des yeux de l'enfant avec la solution de sublimé au 1/2000 et sur la méthode de Credé (instillation d'une goutte de la solution suivante dans les deux yeux) :

Nitrate d'argent cristallisé.....	0 gr. 10 centig.
Eau distillée.....	20 grammes.

indépendamment des lotions vaginales, etc., bonne thérapeutique :

1° *S'il y a tuméfaction des paupières*, application de coton hydrophile trempé dans de l'eau glacée. Pour maintenir le froid, interposition de petits morceaux de glace entre les mailles de coton hydrophile. Cessation de l'emploi de la glace aussitôt que la tuméfaction palpébrale a disparu. 2° Nettoyage fréquent (toutes les heures en moyenne) des paupières avec du coton hydrophile trempé dans la liqueur de Van Swieten. 3° Instillation matin et soir, dans les deux yeux, de 4 à 5 gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine.....	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée.....	20 grammes.

4° Une fois par jour, passer légèrement sur la face conjonctivale de la paupière un petit pinceau trempé dans la solution suivante :

Nitrate d'argent cristallisé.....	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée.....	25 grammes.

Il est inutile d'employer des solutions plus concentrées. Il faut s'abstenir de l'emploi des crayons mitigés, et surtout du crayon des trousses, qui produit des eschares de la conjonctive ; ces eschares desquament la surface épithéliale de la cornée et ouvrent la porte à

l'infiltration de la membrane transparente pour tous les streptocoques et gonocoques qui pullulent dans les culs-de-sacs conjonctivaux.

(*Journal de Médecine de Paris.*)

***

75. — **Corps étrangers du larynx et de la trachée chez l'enfant.** — Dans une leçon publiée par le Dr Plicque, M. Jules Simon indique la conduite à tenir dans ce cas de corps étranger des voies aériennes chez les enfants. Dans certains cas on peut tenter l'extraction par les voies naturelles, tentative qui a rarement réussi. La trachéotomie reste le procédé le plus usuel à employer. S'il y a suffocation, l'opération est urgente ; elle peut au contraire être faite sans accidents menaçants immédiats, tant pour tâcher d'obtenir l'extraction du corps étranger que comme mesure de précaution. Quand le médecin se trouve éloigné, il ne saurait laisser un enfant exposé à une crise de suffocation brusque qui pourrait être mortelle avant qu'il ait le temps d'arriver. Si le diagnostic de corps étranger semble bien certain, la trachéotomie s'impose à peu près fatalement. Il faut surtout éviter de la différer dans le cas de corps irréguliers ou susceptibles de gonflement comme les haricots.

La trachée sera incisée un peu bas et sur une assez grande étendue. Il faut attendre quelques instants avant d'introduire la canule, en ayant soin d'écarter les lèvres de la plaie et en variant la position de l'enfant ; le corps étranger pourrait ainsi être expulsé.

Alors même que le corps étranger est expulsé, M. Simon croit qu'il est prudent de mettre une canule pendant un ou deux jours afin d'éviter l'hémorrhagie et l'emphysème sous-cutané, ce qui est le meilleur moyen de prévenir ces accidents. Si le corps étranger n'est pas expulsé aussitôt, il faut mettre une canule assez grosse, puis chaque fois qu'on l'enlève pour le nettoyage on renouvelle les tentatives d'extraction.

***

76. — **Emploi de l'acide lactique dans la diarrhée** [illegible]rte. — On sait que M. Lesage, en s'appuyant sur les travaux de [illegible]'em, a reconnu que l'acide lactique était le médicament le mieux [illegible]porté et le plus actif dans le traitement de la dyspepsie propre[illegible]t dite et dans celui de la diarrhée verte. On donne par cuillerée [illegible]fé à des intervalles qui varient selon l'intensité des accidents et

un quart d'heure ou une demi-heure après le repas, une solution ainsi formulée : acide lactique, 2 grammes ; sirop simple, 15 grammes ; eau 85 grammes. S'il s'agit d'un simple état dyspeptique sans danger immédiat, on peut prescrire le médicament cinq ou six fois par jour, mais il doit être pris plus souvent dans les cas graves. Pour prévenir les récidives, il faut en continuer l'usage pendant quelques jours après l'amélioration. M. Thomas, qui a employé ce traitement dans cinquante cas, en a constaté les meilleurs effets. Les vomissements cessent d'abord, la digestion du lait est plus facile, l'appétit augmente, l'état général s'améliore. La diarrhée cesse peu à peu et les selles reprennent leur couleur normale.

(*Rev. de thérap. méd. chir.*)

***

77. — Traitement du tænia chez l'enfant. — Trop souvent, dans les familles, on se croit autorisé à admettre l'existence de vers intestinaux alors qu'on n'en a pas réellement constaté la présence. Les vermifuges sont alors inutiles ou nuisibles. Mais c'est surtout pour le tænia qu'on ne doit entreprendre un traitement qu'après que les fragments du ver ont été constatés par le médecin. Ce traitement est minutieux, voici celui que M. Jules Simon préconise : L'enfant ne fait d'abord qu'un repas très léger la veille au soir et on lui fait prendre un grand lavement. Dans la nuit, il prend une cuillerée de sirop d'éther dans une infusion de tilleul. Le matin on lui fait prendre une quantité d'extrait éthéré de fougère mâle variable suivant l'âge ou si l'emploi des capsules est impossible, l'extrait est pris dans un verre d'infusion d'anis ou de camomille, additionnée d'une grande cuillerée de curaçao. Le mélange doit être bu en une demi-heure. On préviendra les nausées et les vomissements par quelques gorgées de champagne ou d'eau de Seltz. Une heure après, on donne 50 centigram. de calomel, puis de petites tasses d'infusion légère de thé et de follicules de séné. Une fois que l'expulsion commence, on fait asseoir le petit malade sur un vase plein d'eau chaude, le contact d'un vase froid pouvant entraîner des coliques et la rupture du ver.

En cas d'insuccès, les tentatives ne doivent être renouvelées qu'au bout d'un mois, car il faut attendre que le tænia ait acquis un certain développement. Comme il est probable que l'enfant refuserait la première préparation, on prescrira par exemple des pépins de courge

émondés (15 gram. pour un enfant de 4 ans). On réduit ces pépins en pulpe et on mélange avec du sucre. Le kousso et la décoction de racine de grenadier sont trop amers pour pouvoir être acceptés par les enfants.

(*Rev. de thér. méd. chirurg.*)

***

78. — **Indications de l'arsenic chez les enfants.** — L'arsenic est un médicament que M. Jules Simon prescrit le plus volontiers aux enfants. Il l'emploie presque dans toutes les affections constitutionnelles : scrofule, arthritisme, goutte, malaria, dans les convalescences des maladies infectieuses, dans nombre d'affections cutanées. Il faut cependant l'éviter dans les dermatoses aiguës, prurigineuses, et, pour son compte, M. Jules Simon ne le prescrit guère avant deux ans. La liqueur de Fowler, dont l'administration est si commode chez l'adulte, présente des inconvénients chez l'enfant à cause des erreurs que l'on peut commettre dans le nombre des gouttes. Il est préférable d'employer une solution de 5 centigrammes d'arseniate de soude pour 250 grammes d'eau, ce qui représente 1 milligramme par cuillerée à café. On commence par une demi cuillerée à café, à chacun des principaux repas et, suivant l'âge, on atteint graduellement 1 et 2 milligrammes à chaque repas. Il faut avoir soin de faire suspendre le médicament au moins huit jours par mois, souvent une semaine sur deux.

***

79. — **Remède contre la menstruation profuse.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 44, p. 983). — Le remède en question consiste dans l'administration en lavement, d'une mixture dont voici la formule :

Rec. Ergotine.....	40	grammes.
Glycérine.....	20	—
Acide salicylique.....	2	—
Eau distillée.....	75	—

M. Diluer une cuillerée à bouche de cette mixture dans trois cuillerées à bouche d'eau, et injecter le tout dans le rectum, après administration préalable d'un lavement ordinaire, destiné à vider le gros intestin.

***

80. — Traitement de la coqueluche. (Beall.)

Thymol	1 gr. 20.
Acide phénique	15 gr.
Essence de sassafras	ãã gr. 50.
Essence d'eucalyptus	
Goudron liquide	
Essence de térébenthine	
Ether	3 gr. 75.
Alcool q. s. p. f.	90 gr.

M. D. S. — Verser 30 gouttes environ sur un mouchoir que vous mettrez autour du cou de l'enfant ; renouveler l'application toutes les deux ou trois heures.

Dans les cas graves, remplacer les inhalations par l'administration à l'intérieur de la potion suivante :

Acide phénique	0 gr. 20
Bromure de sodium	3 grammes.
Teinture de belladone	20 gouttes.
Glycérine	10 grammes.
Eau distillée q. s. p. f.	60 grammes.

M. D. S. A donner, toutes les deux à trois heures, une cuillerée à café (enfants de trois à quatre ans). (*An. of Gyn. a. Pediatry.*)

***

81.— La naphthaline dans le traitement des oxyures. (Lemoine.) — L'auteur a guéri en moins de huit jours 14 enfants atteints de cette affection. Voici la formule employée :

Naphtaline	1 gr. à 1 gr. 6
Huile d'olive	40 gr. à 60 gr. »

M. D. S. — Lavement.

Chez les adultes il faut recourir à des doses plus massives :

Naphthaline	5 à 6 grammes.
Huile d'olive	60 à 80 —

M. D. S. — Lavement.

Le seul inconvénient résultant de l'administration de doses si élo-

vées, c'est quelques borborygmes disparaissant, d'ailleurs, assez rapiment.

***

82. — Injections sous-cutanées de caféine dans le traitement des hémorrhagies puerpérales. (*Centralblatt f. Gynecologie*, 27, 1890.) — Le Dr MISRACHI recommande l'emploi des injections de caféine dans les cas d'hémorrhagie post-partum, lorsqu'il y a intérêt à agir rapidement, surtout lorsque le médecin arrive après que la patiente a déjà eu une hémorrhagie. Ce traitement peut avoir certains avantages à la campagne, s'il est arrivé au médecin par exemple, d'avoir à soigner des cas de maladies infectieuses, diphtérie ou érysipèle, et qu'il n'a pu procéder à une désinfection complète de ses mains. Suivant l'auteur, la caféine agit plus rapidement que l'ergot et produit un meilleur résultat que l'éther, bien que ce dernier soit un stimulant plus rapide. La caféine est administrée en solution qui sert aux injections hypodermiques ; chaque injection renferme 20 centigrammes de caféine et l'on fait trois ou quatre injections de suite, ce qui fait au total 80 centigrammes de caféine. Pour faciliter la dissolution, on emploie du benzoate de soude, les deux substances se dissolvent dans l'eau chaude. En résumé, la caféine injectée arrête l'hémorragie et agit comme stimulant ; en conséquence, l'auteur recommande de porter sur soi des paquets de benzoate de soude et de caféine.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

FORMULAIRE

—

De l'emploi du salol dans le catarrhe de la vessie, chez la femme (JULES CHÉRON).

Les affections utéro-ovariennes s'accompagnent très souvent de troubles de la miction, dont la cause doit être cherchée avec soin, si l'on veut y porter remède.

plus souvent, quand il existe une congestion chronique de l'uté- les malades accusent des envies fréquentes d'uriner qui cèdent à mploi des moyens destinés à combattre la congestion utérine. La kiurie en rapport avec les compressions du bas-fond ou du col vessie, dans les déviations utérines adhérentes, ne réclame éga-

lement aucun traitement spécial, et il faut, avant tout, mobiliser et replacer la matrice.

Il n'en est pas ainsi dans le catarrhe chronique de la vessie, qui s'accompagne d'ailleurs de modifications importantes dans la composition des urines et qui se révèle par une douleur vive, au toucher, quand on comprime la paroi vaginale antérieure, au niveau du bas-fond de la vessie. Il est alors nécessaire de combattre directement la cystite dont le pronostic pourrait devenir sérieux, si on laissait s'éterniser la lésion.

Lorsque le catarrhe de la vessie n'est pas très ancien, on obtient une guérison rapide par l'administration du salol. Sous son influence en effet, la fréquence des mictions diminue en peu de jours, les urines perdent leur odeur ammoniacale, le pus disparaît, elles redeviennent limpides et se conservent plus ou moins longtemps sans s'altérer.

On comprend que le salol ait la propriété d'aseptiser l'urine puisque ce médicament n'est pas autre chose qu'une combinaison d'acide salicylique et de phénol, et qu'ingéré dans l'estomac, il se décompose sous l'influence du suc pancréatique, en acide salicylique et en acide phénique qui sont éliminés par les urines.

Pour assurer l'absorption du salol, il faut administrer le médicament environ trois heures après le repas, au moment où la sécrétion pancréatique est la plus active ; mieux encore, on associera la pancréatine au salol, suivant la formule suivante :

Salol en poudre..... 10 grammes
Pancréatine..... 2 grammes
en vingt cachets

prendre deux cachets, trois heures après chaque repas.

Si l'amélioration n'est pas rapide, j'associe à l'administration du salol, l'usage des injections vésicales d'acide picrique :

Acide picrique..... 1 gramme
Eau distillée..... 150 grammes

Injecter, tous les deux jours, dans la vessie, le contenu d'une seringue de Braun.

Ce n'est que très exceptionnellement que ces moyens ne réussissent pas à guérir le catarrhe chronique de la vessie chez la femme, et qu'il est nécessaire de faire des lavages avec une solution de nitrate d'argent (Guyon) et *plus rarement* de recourir à la boutonnière vésico-vaginale, suivant la méthode préconisée par Emmet.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES (1).

L'importance considérable de la question du traitement des suppurations pelviennes nous oblige à consacrer encore une revue à ce sujet tout d'actualité. Nous allons donc aujourd'hui terminer l'analyse du mémoire de M. Segond. Mais nous ne devons pas nous borner à cette analyse et, pour qu'il n'y ait aucun doute sur notre manière de voir, nous devrons ensuite discuter avec soin les indications formelles de l'opération de Péan. Nous l'avons déjà dit et nous le répétons volontiers, nous sommes convaincus que le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale représente un progrès remarquable sur la pratique hier, encore, la plus courante, c'est-à-dire sur la laparotomie. Il ne faudrait pas conclure de cette appréciation que nous sommes partisans de l'hystérectomie dans tous les cas dans lesquels on a recours habituellement à la laparotomie ; pour nous, la gynécologie conservatrice ne doit pas abdiquer davantage en face de la chirurgie vaginale qu'en face de la chirurgie abdominale ; les cas sont trop nombreux, dans lesquels la guéri- peut être obtenue, sans sacrifier l'utérus et ses annexes, pour nous admettions la nécessité de recourir à la castration uté- chez toutes les malades atteintes de lésions, même de lésions

(1) Voir les deux nos précédents, p. 109 et p. 193.

bi-latérales, des annexes, et il y a lieu de spécifier nettement les indications de l'hystérectomie.

Nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre de malades qui avaient subi la laparotomie pour des lésions des annexes et nous avons constaté, comme le fait remarquer M. Segond, que nombre d'opérées continuent à souffrir, que d'autres éprouvent dans la suite des accidents d'endométrite qui nécessitent un ou plusieurs curettages et même qu'il en est quelques-unes chez lesquelles le retour des accidents suppuratifs a conduit à faire une seconde laparotomie.

Nous sommes absolument d'accord avec M. Segond, lorsqu'il dit que le vrai coupable, dans les échecs des laparotomies pour lésions des annexes, c'est l'utérus. « N'est-ce pas lui qui est presque toujours le foyer générateur des lésions, dit M. Segond, et qui plus tard les entretient ou les ranime ? Ce fait est reconnu. Dès lors, il est bien naturel de penser que l'hystérectomie est l'opération qui donne les meilleures garanties de guérison pour l'avenir. Il est en effet bien clair que toutes les complications tardives, hémorrhagiques ou douloureuses relevant directement de l'endométrite peuvent être à coup sûr rayées du pronostic. »

Nous sommes également avec M. Segond lorsqu'il fait ressortir les avantages de l'intervention vaginale. Dans l'intervention vaginale, en effet, « l'utérus est avant tout supprimé ; avec lui disparaissent toutes les complications dont il peut être le point de départ. Quant aux annexes, elles ne sont enlevées que d'une manière incomplète ; souvent même tout se borne à l'ouverture des cavités purulentes ; mais qu'importe, tous les clapiers péri-utérins sont à jour, le drainage est parfait, les liquides pathologiques s'écoulent librement et bientôt, grâce à la suppression de l'utérus, les annexes, ou ce qu'il en reste, disparaissent par atrophie, et le processus cicatriciel gagne toutes les parties malades, sans qu'il reste nulle part une épine quelconque, susceptible de réveiller les lésions. La mort anatomique et physiologique des annexes qu'on a dû laisser est en un mot complète et bien plus sûre que ne peut l'être celle de l'utérus lorsqu'il reste en place

après ablation des annexes, et c'est pour cela que, dans les cas où l'ablation totale de l'utérus et des annexes est impossible nous estimons qu'il est bien plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes, que les annexes sans l'utérus. »

Ainsi donc, les suppurations pelviennes, quand elles sont assez graves pour nécessiter une intervention radicale, doivent être attaquées désormais par la voie vaginale, et l'hystérectomie, par le procédé du morcellement de M. Péan, est la méthode de choix.

Mais dans quels cas est-il nécessaire de procéder à l'ablation de l'utérus pour obtenir la guérison ?

Depuis que l'on connaît bien les inflammations des annexes et depuis que la pathologie des phlegmasies péri-utérines s'est complétée et élucidée par les descriptions des laparotomistes, j'ai eu l'occasion de traiter un grand nombre de malades atteintes de salpingo-ovarite chronique, de pelvi-péritonite, de cellulite pelvienne. J'ai publié, dans ce journal, une longue monographie sur ce vaste groupe des affections péri-utérines et j'ai discuté longuement la conduite à suivre dans le traitement de chacune des formes de l'inflammation pelvienne. Dès mes premiers travaux sur la question, je me suis attaché à mettre en relief ce fait capital, aujourd'hui accepté de tous, que l'endométrite est la lésion initiale, génératrice de toutes les phlegmasies péri-utérines. M'appuyant sur les recherches des bactériologistes les plus autorisés, et notamment sur celles de M. Cornil, j'ai montré que la persistance de l'endométrite est la cause des poussées secondaires successives qui se font du côté des annexes.

En nettoyant la cavité utérine, en la désinfectant d'une façon complète, on arrive à éteindre les infections secondaires des trompes, puisque ces organes représentent des milieux de culture peu favorables à la pullulation des microbes pathogènes, puisque l'infection tubaire ne s'éternise qu'à la condition de recevoir, d'une façon continue, des colonies microbiennes, parties de la cavité utérine pour aller réveiller la salpingite éteinte ou prête à s'éteindre. Je me suis donc rallié à la thérapeutique préconisée

par MM. Walton et Poullet, consistant à faire le curettage de la cavité utérine comme premier temps du traitement des inflammations pelviennes chroniques : Les résultats que j'ai obtenus, en suivant cette voie nouvelle, ont été tellement encourageants que je n'ai pour ainsi dire pas à noter un insuccès parmi les nombreux cas que j'ai traités de la sorte. Lorsque les lésions péri-utérines me semblent trop étendues et trop récentes pour pouvoir être soumises d'emblée au curettage, je prépare les malades à l'opération par le repos, par les injections chaudes, par la révulsion sur la paroi abdominale et surtout par les transfusions hypodermiques de sérum artificiel poursuivies pendant quelques semaines. Dans un certain nombre de cas, après le curettage, et alors qu'il restait encore dans le bassin des adhérences anormales des organes pelviens, quelques noyaux durs et indolores de paramétrite, quelques brides cicatricielles, etc., j'ai terminé la cure et complété la guérison par le galvanisme et le massage, ce dernier employé à son heure, donne des résultats réellement remarquables.

Cette manière de faire demande sans doute plus de patience, plus de temps, plus d'efforts que la castration utérine appliquée d'emblée à tous les cas qui semblent devoir nécessiter un traitement prolongé. Néanmoins je ne regrette pas ma peine, car non seulement je suis toujours arrivé à obtenir la guérison, mais encore j'ai eu la vive satisfaction de voir quelques malades ayant eu des poussées successives de salpingo-ovarite et même de pelvi-péritonite devenir enceintes à la suite de ce traitement. Il y a donc lieu d'étudier à nouveau la question de l'influence des phlegmasies péri-utérines sur la fécondité et, d'après ce que j'ai vu, il n'est pas permis de dire, comme l'affirme Lawson Tait, que toute femme atteinte de lésion des annexes est vouée fatalement à la stérilité.

En résumé, l'opération de M. Péan est une opération excellente, donnant toutes les chances possibles de guérison et très supérieure à la laparotomie dans les suppurations pelviennes, mais c'est aussi une opération dont les indications doivent être res-

treintes aux suppurations pelviennes graves et étendues, mettant immédiatement en danger la vie des malades. Dans la très grande majorité des cas, le curettage de la cavité utérine, préparé par les transfusions hypodermiques de sérum artificiel et suivi au besoin des applications galvaniques et du massage pelvien, permet d'obtenir une guérison complète et durable, sans supprimer d'une façon irrémédiable les chances de grossesse. Si MM. Péan et Segond ont trouvé si fréquemment l'occasion de pratiquer l'hystérectomie, c'est qu'ils ont eu à traiter une série de cas particulièrement graves et que le milieu hospitalier ne se prête guère aux traitements plus longs et plus suivis et au repos relatif que nous obtenons facilement dans la clientèle. Il ne faudrait pas conclure de la pratique hospitalière à la nécessité de recourir à l'hystérectomie dans la plupart des cas, alors que ce ne sont que les formes les plus graves qui sont justiciables de la castration utérine.

J. C.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

par les voies naturelles,

Par le Dr Jules Chéron, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite et fin.*)

—

Observation CXXIV.

Dysménorrhée membraneuse survenue chez une primipare, deux ans après l'accouchement. — Drainage. — Guérison.

A l'âge de 22 ans, la malade qui fait l'objet de cette observation, accoucha à terme, sans incidents. Deux ans après, à la suite d'une poussée inflammatoire du côté de l'utérus, poussée inflammatoire que la malade rapporta à une longue course faite, en voiture, sur une route mal pavée, les règles devinrent douloureuses ; ce ne fut que sept ou huit mois plus tard qu'elle s'aperçut qu'il y avait, dans le sang des règles, des fragments de membranes dont elle fit

vérifier l'existence par son médecin. Sur ces entrefaites, elle vint à perdre son enfant, et dès lors elle eut le plus ardent désir d'en avoir un autre. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, huit ans après son premier accouchement, c'est-à-dire à l'âge de 30 ans, elle avait conservé la dysménorrhée, et les membranes, débris de la muqueuse utérine, étaient rejetées à chaque menstruation. La malade racontait qu'on avait fait des cautérisations de toutes sortes, entre autres, qu'on avait laissé un crayon de nitrate d'argent à demeure dans la cavité utérine, ce qui l'avait fait horriblement souffrir. Elle demandait l'emploi d'un moyen radical qui pût la débarrasser de cette affection qu'elle savait être une cause presque absolue de stérilité. Je lui proposai de faire le curettage tous les mois jusqu'à disparition des membranes, mais la perspective de rester 12 ou 15 jours au lit, chaque mois, fit hésiter la malade ; je proposai alors le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles à l'aide du drain en crin de Florence, qui fut accepté. Le drain fut placé, trois jours après les règles, le 10 janvier 1888. La malade fut condamnée au repos pendant huit jours ; il ne fut besoin ni de potion calmante, ni de glace sur l'hypogastre ; il n'y eut aucune réaction douloureuse. La cavité utérine mesurait, immédiatement avant l'application du drain, 8 cent. 1/2 et l'hystéromètre permettait de reconnaître une cavité utérine largement développée dans tous les sens. Au bout de huit jours, la malade commença à se lever, débarrassée du pansement iodoformé que nous avions pris soin de faire aussitôt après l'application du drain. Un écoulement séro-muqueux commença à se produire jusqu'aux règles qui furent douloureuses comme à l'ordinaire, et s'accompagnèrent d'expulsion de membranes entraînant avec elles l'expulsion du drain que nous replaçâmes, aussitôt l'écoulement sanguin terminé.

Aux secondes règles, qui survinrent le 2 mars, les douleurs furent très diminuées, il y eut expulsion de quelques lambeaux, mais le drain resta en place. Le mois se passa sans incident et aux troisièmes règles, survenues le 30 mars, la malade n'éprouva aucune douleur et n'expulsa aucune membrane. Le drain fut retiré et, au mois d'octobre 1888, la malade n'avait plus eu de crises de dysménorrhée et n'avait plus rendu de membranes à l'époque menstruelle.

Nous l'avons revue à la fin de 1889, dans le même bon état de santé, espérant toujours voir survenir une grossesse, mais en tout cas très heureuse d'être débarrassée de la dysménorrhée membraneuse.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

A. **Historique.** — 1. Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles a été pratiqué inconsciemment par Greenhalgh et Cogklan, qui poursuivaient un autre but ; plus récemment Schwarz (de Halle) a fait quelques tentatives, mais dans de mauvaises conditions, le drain en fils de verre dont il se servit ayant de nombreux inconvénients, aussi bien au point de vue de l'opérateur qu'au point de vue de l'opérée.

2. Le drainage de la cavité est rendu facile et pratique à l'aide du crin de Florence.

3. Ce dernier peut être rendu complètement antiseptique par l'immersion prolongée dans l'acide picrique en solution alcoolique à 20 p. 100.

4. Il se prête facilement à la constitution de drains en anse et de drains en érigne ; tous deux peuvent être construits avec ou sans plateau à la base, mais l'adjonction du plateau est préférable.

5. Grâce à notre dernier modèle de porte-drain, le drain est facile à mettre en place sans abaissement et sans dilatation préalable.

B. **Action physiologique.**

6. L'action physiologique du drainage de l'utérus n'est que l'exagération des phénomènes qu'on observe lorsqu'on introduit une sonde dans la cavité utérine et lorsqu'on agace la muqueuse en agitant un peu la sonde dans tous les sens.

7. Sous cette influence, le col se décolore et diminue de volume ; la cavité utérine, elle-même, se réduit dans ses différents diamètres ; la température intra-utérine diminue d'une façon appréciable au thermomètre ; la sensibilité de l'organe est éveillée sous forme de coliques utérines peu intenses ; il y a exagération presque immédiate des sécrétions des muqueuses du col et du corps de l'utérus.

8. Ces phénomènes résultent de la stimulation de la muqueuse utérine (action topique) qui par ses nerfs de la vie or-

ganique ou par ses nerfs sensitifs, transmet à la moëlle une action qui est réfléchie, par les nerfs vaso-moteurs, sur les muscles des parois des vaisseaux, et probablement aussi sur le tissu musculaire du parenchyme, par les nerfs si bien décrits par Frankenhaüser (action réflexe).

9. Lorsqu'un drain est laissé en permanence, des phénomènes analogues se produisent, phénomènes topiques et phénomènes réflexes.

10. L'action topique qui est double : action de drainage d'une part et action de contact d'autre part, est d'autant plus marquée que le drain est plus irritant ; elle peut aller jusqu'à déterminer une hémorrhagie avec le drain en érigne (application au traitement des aménorrhées) ; elle est beaucoup plus faible avec le drain en anse.

11. L'action réflexe se traduit par la décoloration du col, sa diminution de volume, le resserrement de la cavité utérine, l'apparition passagère de coliques et l'abaissement de la température locale.

12. Vers le deuxième ou le troisième jour, il survient un écoulement séro-sanguinolent qui devient bientôt séro-muqueux, diminue peu à peu et finit par se tarir complètement au bout de 3 à 6 semaines.

13. A cette époque, le drain est expulsé de la cavité utérine.

C. **Action thérapeutique.** — *Indications et contre-indications.*

14. Favoriser l'écoulement des liquides plus ou moins retenus dans la cavité utérine est une indication que l'on retrouve dans toutes les variétés d'endométrite (catarrhale, purulente, exsudative, exfoliatrice).

15. Dans ces cas on utilise en même temps l'action topique du drain qui agit comme modificateur par son contact permanent avec la muqueuse.

16. L'action irritative et décongestionnante trouve son utilisation dans la congestion passive, l'aménorrhée et la dysmé-

norrhée, aussi bien que dans la subinvolution avec ou sans rétroflexion.

17. Le drainage peut également rendre des services dans les cas de sténose et d'atrésie du méat et du canal cervical, avant ou après une opération.

18. Le drainage est contre-indiqué dans les inflammations péri-utérines aiguës, dans les cas de sensibilité exagérée de l'utérus et lorsque les malades ne peuvent pas prendre quelques jours de repos.

19. Un traitement déplétif et sédatif représente la meilleure préparation à l'emploi du drainage.

20. Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'introduction du drain, les malades doivent garder le repos au lit. Plus tard les malades devront éviter la fatigue et les refroidissements.

D. Applications thérapeutiques.

21. Le drainage est un des moyens les plus puissants qu'on puisse opposer à l'*aménorrhée* ; l'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne, l'aménorrhée par chloro-anémie, l'aménorrhée par irritation périphérique ou aménorrhée idiopathique sont les variétés dans lesquelles il est particulièrement utile.

22. Les huit cas d'aménorrhée que j'ai eus à traiter par le drainage, se répartissent de la façon suivante :

a. Deux cas d'aménorrhée en rapport avec une sub-involution utérine et datant de 5 mois (Obs. I) et de 16 mois (Obs. II) ; retour rapide des règles par le drainage qui en même temps a modifié, de la façon la plus heureuse, l'état pathologique de l'utérus.

b. Quatre cas d'aménorrhée congestive, le premier chez une chlorotique (Obs. III), le second chez une malade affaiblie par des accouchements répétés (Obs. IV), le troisième par choc physique (Obs. V), et le quatrième par choc moral (Obs. VI) ; dans les quatre cas, le succès a été rapide et complet.

c. Deux cas d'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne (Obs. VII et Obs. VIII) ; pour ceux-ci les effets du drainage ont été incomplet, mais on a cependant, constaté une légère augmentation de volume de l'utérus, et peut-être aurait-on pu obtenir un résultat plus encourageant en continuant le drainage plus longtemps et en lui associant la galvanisation de la matrice et des ovaires ; on sait, du reste, combien les arrêts de développement des organes génitaux sont difficiles à guérir, surtout lorsqu'ils sont aussi prononcés que chez nos deux dernières malades.

23. Le drainage est indiqué dans la plupart des variétés de *dysménorrhée*, soit qu'on se propose de parfaire le développement de l'utérus et des ovaires (dysménorrhée ovarienne), d'augmenter la tonicité des fibres musculaires du mésoarium et du mésométrium (dysménorrhée par asthénie de Courty) ou de maintenir une dilatation permanente de l'isthme et du canal cervical « dysménorrhée mécanique ». Dans ces conditions, c'est au drain en anse qu'il faut donner la préférence ; encore faut-il que l'utérus soit déjà habitué à son contact quand surviendront les règles pour que le drainage ne présente aucun inconvénient. Le repos au lit est nécessaire pendant les premières époques qui suivent l'introduction du drain.

24. L'action du drainage est remarquable lorsqu'elle s'adresse à la *congestion de l'appareil utéro-ovarien*. Son grand avantage, en effet, est qu'il permet d'obtenir une décongestion réflexe continue et progressive jusqu'à ce que le muscle utérin, ayant reconquis toute sa vitalité et toute sa contractilité, chasse le drain, comme un corps étranger devenu complètement inutile.

25. Il résulte de ce fait que le drainage rend les plus grands services dans la *congestion utérine chronique* et dans la *métrite parenchymateuse chronique à la période d'infiltration*.

26. La *sub-involution utérine* après l'accouchement et la fausse couche est heureusement modifiée par le drainage. Il est permis de penser que celui-ci amène, dans le tissu utérin, des transformations histologiques analogues à celles qui se produisent pendant l'involution naturelle, tous les effets du

nage, depuis, la diminution de volume, de poids, de consistance et de vascularisation jusqu'aux écoulements, rappelant, d'une façon assez exacte, le tableau de la régression physiologique.

27. Dans les 13 cas, où j'ai eu recours au drainage pour remédier à des sub-involutions utérines, les résultats ont été constamment favorables.

28. La diminution de longueur de l'utérus est d'autant plus grande que cet organe est plus hypertrophié avant le drainage ; on a pu le ramener parfois à 7 centimètres et demi, ce qui peut être considéré comme à peu près normal chez les multipares.

29. En même temps que la sub-involution, le drainage combat efficacement l'*abaissement de l'utérus chez les multipares*.

30. La coïncidence d'un arrêt d'involution avec la *rétroflexion* est une raison de plus pour recourir au mode de traitement que nous étudions.

31. La principale difficulté qu'on éprouve à guérir d'une façon sérieuse et durable l'*endométrite catarrhale ou purulente*, malgré le traitement général et les applications topiques de toutes sortes réside dans la rétention des produits de sécrétion dans la cavité utérine. Le drainage permet seul de remplir cette indication capitale ; il est d'autant plus utile qu'il combat en même temps la congestion chronique, la métrite parenchymateuse ou la régression incomplète qui s'associent presque constamment aux altérations de la muqueuse. Dans deux cas, le premier examen avec la curette d'exploration avait permis de constater la présence de fongosités utérines qui n'ont plus été retrouvées après le drainage.

32. Dans le *catarrhe cervical* lié à une congestion intense de l'appareil utéro-ovarien, le drainage, à lui seul, produit une guérison rapide, mais lorsque la congestion ne joue qu'un rôle accessoire et qu'il existe une hypertrophie glandulaire d'ancienne date, il est nécessaire d'associer au drainage l'application de topiques modificateurs. Le drainage ne peut pas faire disparaître les *ectropions*, mais il en arrête l'extension et il constitue un procédé rationnel de traitement préparatoire à leur excision ou à leur destruction par l'ignipuncture profonde.

33. Le drainage permet d'obtenir une guérison durable lorsqu'il est employé après le débridement du col dans les *sténoses ou atrésies du canal cervical ou de son orifice externe.*

34. Le drainage, employé *après le curettage*, dans les *endométrites invétérées*, assure la guérison, après une seule intervention et empêche la récidive.

35. Le drainage m'a donné trois guérisons définitives de *dysménorrhée membraneuse* ou endométrite exfoliante.

QUELQUES CAS D'AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

Traités par le massage

Par le Dr C. Jacobs, Agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles.

—

Le massage, considéré pendant longtemps comme traitement empirique dans les maladies des femmes, est en voie de prendre définitivement rang dans la thérapeutique gynécologique, grâce aux travaux de Profanter, Resch, Shauta, Seiffert, von Preusschen et d'autres. Appliqué dans des cas déterminés et par des mains habiles, le massage donne des résultats qui parfois nous paraissent surprenants. Pendant ces derniers mois, j'ai pu l'appliquer à ma clinique sur un nombre respectable de malades, avec le bienveillant concours de M. le Dr Wieslander, de la faculté de médecine de Stockholm, élève de Brandt.

Le massage, comme tout moyen thérapeutique d'ailleurs, ne peut être appliqué indistinctement dans toutes les affections des organes génitaux internes de la femme ; ce n'est pas une panacée universelle ; les cas doivent être choisis avec soin, et en outre le massage doit être accompagné ou suivi de pratique de gymnastique médicale suédoise.

D'après les résultats que nous avons obtenus, je crois pouvoir avancer que :

1° Dans le cas de prolapsus utérin simple, c'est-à-dire sans com-

plication du côté du vagin ou des annexes de l'utérus, le massage constitue un moyen thérapeutique *curatif* rapide.

2° Par le massage on obtient la guérison du prolapsus de l'ovaire.

3° Des déviations utérines récentes.

4° Les exsudats para et périmétritiques disparaissent rapidement.

5° Les salpingites chroniques sont améliorées de même que

6° Les affections chroniques utérines, métrites et endométrites.

A. *Prolapsus utérin.* Dans le cas de prolapsus utérin, le traitement consiste: 1° dans le soulèvement de l'utérus à 3 ou 4 reprises différentes pendant la même séance, soulèvement qui se pratique suivant la méthode de Brandt, décrite par Profanter. 2° Par des mouvements musculaires appliqués aux membres inférieurs. En général, dans les cas récents, le prolapsus ne se produit plus après une ou deux séances, quel qu'en soit le degré.

Observ. I. Demay (Angélique), 24 ans, chapelière, II pare. Le dernier accouchement (il y a 4 1/2 mois) s'est produit à 7 mois. Etant enceinte de 2 mois elle dit avoir soulevé un lourd fardeau et fait remonter l'origine du prolapsus utérin à cette date. Depuis cette époque elle se plaint de sensation de béance des organes génitaux, de descente utérine. Pendant quelques mois elle ne se plaignit que de malaises sans douleur; depuis peu la marche est devenue impossible. A l'examen on constate un prolapsus utérin complet, avec élongation du col. Le cathétérisme donne 11 ctm. Il y a prolapsus vaginal antérieur avec cystocèle : pas de prolapsus de la paroi postérieure.

La 1re séance de massage a lieu le 12 novembre 1890, suivie de gymnastique des muscles du bassin.

La 2e séance, le 14 novembre 1890. Le prolapsus ne s'est plus reproduit et la malade n'éprouve plus aucun malaise.

Je suis forcé de lui écrire pour la voir revenir à ma clinique. La malade se croyait guérie, n'ayant plus de douleurs ni de prolapsus. Les manœuvres sont néanmoins reprises, le 14, 21, 23 novembre, 1 et 3 décembre. A ce moment nous jugeons la guérison complète, la patiente peut se livrer à toutes ses occupations

sans la moindre gêne. Depuis, cette guérison s'est maintenue comme vous pouvez le constater.

Lorsque l'affection est plus ancienne, lorsque les malades ont porté pendant plusieurs mois, plusieurs années parfois des pessaires, lorsqu'enfin l'organe utérin est atteint d'inflammation chronique, le traitement manuel demande plus de soins, plus de temps. Dans ces cas on parvient à remettre l'utérus à sa place, à l'y maintenir, mais il se produit souvent des récidives, non pas du prolapsus utérin, mais du prolapsus vaginal, principalement de la paroi postérieure lorsque l'on a, comme cela se présente souvent, une lésion ancienne du côté du périnée. Ces malades demandent plus de soins, c'est-à-dire que pendant le traitement on doit les soustraire à toutes les causes qui peuvent provoquer des récidives, travaux manuels fatigants, marches prolongées, etc. On les gardera au lit pendant 15 jours, 3 semaines, puis pendant quelque temps encore on ne leur permettra que la marche comme exercice. Ce n'est qu'au bout d'un mois 1/2 à 2 mois qu'elles pourront reprendre leurs occupations.

Observ. II.— Mme W., 51 ans, I pare, se présente à la clinique à la fin d'avril 1890. Accouchement normal il y a 15 ans. A la suite d'un effort musculaire il y a 4 ans, elle fut brusquement atteinte d'un prolapsus complet des organes génitaux. On lui fit porter des pessaires à deux reprises différentes, mais sans résultats. Je constate : prolapsus utérin complet, en dehors des grandes lèvres, prolapsus des parois vaginales, cystocèle et rectocèle. Périnée intact. Défécation et miction très difficiles. Cathétérisme utérin 8 centim. Col hypertrophié. Je place cette malade à l'Institut chirurgical ou je la traite par le massage. A partir de la 1re séance le prolapsus reste réduit. 7 séances consécutives la mettent en état de retourner chez elle. Je l'ai revue depuis, la matrice reste en position normale, seul un peu de prolapsus vaginal postérieur s'est reproduit.

Observ. III. — Van Laer, Adèle, 55 ans. X pare. Le dernier accouchement il y a 10 ans, à la suite duquel s'est produit le prolapsus utérin. Depuis quelques semaines elle est atteinte de métrorrhagies. Depuis 10 ans la malade porte une pessaire, insuf-

fisant pour maintenir l'organe utérin qui, au moindre effort, l'entraîne avec lui et tombe hors des organes génitaux. La malade replace l'appareil elle-même. Je constate à l'examen : cystocèle et rectocèle très prononcés. Prolapsus utérin complet. Col utérin largement déchiré, couvert de végétations volumineuses, saignant facilement. Cathétérisme utérin 14 centim.

Le traitement manuel est commencé le 20 octobre 1890. Le 28 octobre, malgré l'enlèvement du pessaire, le prolapsus ne s'est plus reproduit. Malheureusement à cette époque se reproduit chez la malade une bronchite chronique dont elle souffre tous les hivers. Les secousses de la toux font réapparaître le prolapsus. Aussi replaçons-nous le pessaire. 3e séance le 27 octobre. La malade, avec le pessaire, a vu réapparaître la métrorrhagie. 4e séance le 1er novembre. Le pessaire est enlevé.

5e séance, le 5 novembre. Le prolapsus ne s'est pas reproduit. L'hémorrhagie a cessé.

6e séance, le 7 novembre. Toux moins fréquente. La matrice est en antéversion. Léger prolapsus vaginal.

7e séance, le 11 novembre. Id.

8e séance, le 13 novembre. Il ne subsiste qu'un peu de prolapsus vaginal antérieur, perceptible seulement lorsqu'on écarte les grandes lèvres. Au toucher la matrice est en position normale et très élevée.

9e séance, le 19 novembre. La toux a cessé. Grande amélioration dans l'état général.

10e séance, le 24 novembre. Après la séance, la position de l'utérus est l'antéversion, le prolapsus vaginal antérieur est réduit. Il ne persiste à sa place qu'un bourrelet de muqueuse qui légitimerait plus tard, comme complément du traitement, une colporrhaphie antérieure.

Observation IV.—Dussau, Clémence, 35 ans, verdurière. N'est plus réglée depuis 2 mois. Auparavant menstruation régulière, peu abondante, douloureuse. II pare ; le dernier accouchement date de 4 ans. Elle se présente à ma clinique le 28 novembre 1890, se plaignant depuis 3 ans de prolapsus utérin pour lequel elle a porté pessaire pendant 3 à 4 mois. Depuis 6 mois elle n'en porte

plus. Leucorrhée peu abondante, douleurs lombaires et abdominales intenses. Dépérissement.

Je constate à l'examen du prolapsus vaginal antérieur. Le col utérin est déchiré jusque dans les culs-de-sac. Dans le cul-de-sac vaginal gauche on perçoit une petite tumeur, arrondie, mobile, peu douloureuse ; rien dans le cul-de-sac droit. Le cathétérisme donne 5 1/2 centim. Par les efforts de la malade, l'utérus fait hernie hors des organes génitaux entraînant en grande partie les parois vaginales.

Le traitement manuel est commencé le 28 novembre 1890. La patiente revient le 3 décembre 1890.

L'utérus est resté en place et nous constatons en même temps la disparition de la tumeur perçue lors du 1er examen dans le cul-de-sac gauche.

3e séance, le 5 décembre. Le prolapsus utérin s'est reproduit. La tumeur a reparu, mais moindre que la 1re fois. Pertes leucorrhéiques assez abondantes.

4e séance, le 8 décembre. Le prolapsus ne s'est pas reproduit, mais des douleurs lombaires et épigastriques assez fortes ont forcé la malade à garder le lit. Pas de tumeur latérale.

5e séance, le 10 décembre. Reproduction complète du prolapsus. Bronchite aigüe, avec vomissements. Je me décide à placer un pessaire dans l'intervalle des séances.

6e séance, le 15 décembre. Utérus en antéversion, assez élevé. Léger prolapsus vaginal antérieur.

7e et 8e séance, le 17 et 25 décembre, même état.

9e séance, le 2 janvier 1890. Position normale de l'utérus. Les recherches les plus minutieuses ne parviennent plus à faire découvrir la tumeur latérale. Nous supprimons le pessaire.

10e séance, le 5 janvier 1890. Reproduction du prolapsus.

Ce cas, dans lequel nous n'avons obtenu qu'un résultat des plus médiocres et des plus passagers, ne peut venir à l'encontre de ce que j'avançais plus haut. La malade est en effet excessivement pauvre et ne peut pendant le traitement se soustraire à ses occupations ; elle est forcée de porter dans la journée des fardeaux

très lourds et en outre sa bronchite ne la quitte pas. Une intervention chirurgicale est donc dans ce cas nécessaire.

Observation V. Roelants, Rosalie, 40 ans, VII pare, se présente le 24 novembre à la clinique. Elle se plaint de douleur au bas du ventre depuis 1 an 1/2, de leucorrhée très abondante, de prolapsus utérin avec prolapsus vaginal, rectocèle et cystocèle. Cathétérisme: 14 centim. Col hypertrophié et allongé.

1re séance, le 24 décembre 1890.

2e séance, le 29 décembre 1890. La matrice est restée en place, en antéversion, le vagin seul est prolabé.

3e séance, le 3 janvier 1891. Rétroflexion utérine. Réposition. Cathétérisme utérin 9 centim., le prolapsus vaginal diminue.

5e séance, le 5 janvier 1891. Rétroflexion utérine. La réposition bimanuelle échoue. Je réduis alors au moyen de l'hystéromètre. Il ne subsiste plus qu'un peu de prolapsus vaginal antérieur.

6e séance, le 12 janvier 1891. Position normale. Peu de prolapsus vaginal. Cathétérisme utérin, 7 centim.

Comme on le voit par ces 5 observations, le traitement manuel donne dans le prolapsus utérin les meilleurs résultats. Dans les observations 1, 2, 3 et 5, nous avons obtenu la guérison qui s'est maintenue depuis la cessation du traitement.

L'observation IV, bien que ne nous ayant pas donné de résultat au point de vue de la guérison, est des plus intéressante. Dans ce cas, en effet, nous avions constaté la présence d'une tumeur péri-utérine lors du 1er examen. Lorsque, à la suite du massage, la matrice fut remise en place, cette tumeur disparut pour reparaître avec la reproduction du prolapsus. Je crois à une hydrosalpingite qui se vidait par l'utérus lorsque celui-ci se trouvait dans le petit bassin.

A signaler l'observation V, dans laquelle nous voyons en 15 jours le cathétérisme utérin diminuer de 14 centim. à 7 centim. !

Notons encore que tous ces cas que nous traitons par le massage à notre clinique se trouvent dans les plus mauvaises conditions pour obtenir des résultats rapides et durables. Les malades appartiennent aux classes les plus laborieuses de la société, sont forcées de continuer des travaux manuels, parfois

fort pénibles et doivent souvent pour venir nous trouver faire un trajet excessivement long.

De plus, il ne nous est possible, immédiatement après la séance, de laisser à chaque patiente qu'un repos de 10 minutes environ sur la chaise longue. Repos qui devrait être beaucoup plus long.

Quoi qu'il en soit, ces résultats sont très beaux, et ne pourraient évidemment que gagner encore, si l'on pouvait placer les patientes dans les conditions requises.

Après chaque séance de traitement manuel, il est procédé pendant quelques minutes à des pratiques de gymnastique suédoise sur les muscles du bassin.

Je vous rapporterai quelques cas de déviations et d'inflammations chroniques péri-utérines dans lesquels nous avons obtenu de très appréciables résultats.

Ici les pratiques manuelles sont différentes de celles employées dans le prolapsus utérin, le massage se faisant au travers la paroi abdominale, directement sur l'organe lésé. Les séances se répètent tous les jours et doivent être suivies de gymnastique décongestionnante des organes pelviens.

Observ. VI. Marie Gautier, 30 ans. VI pare. Le dernier enfant a 1 an. Les 3 derniers accouchements ont eu des suites fâcheuses. 3 fausses couches. La malade se plaint depuis 3 ans de douleurs lombaires et abdominales, dans les régions ovariennes. Pertes muco-purulentes peu abondantes. Défécation douloureuse, constipation habituelle. Le col est légèrement déchiré, corps assez volumineux, en rétroversion adhérente, douloureuse ; le cul-de-sac vaginal droit est libre, le gauche est en partie effacé par une tuméfaction douloureuse, fluctuante. L'ovaire droit est augmenté de volume, très sensible. Diagnostic : *Rétroversion utérine douloureuse et adhérente, ovaro-salpingite chronique.* Métrite-endométrite chronique.

Le traitement est commencé le 3 décembre 1890. La malade le suit très irrégulièrement. Après 7 séances de massage je constate que les douleurs ont complètement disparu, la tuméfaction perceptible par le cul-de-sac vaginal gauche n'existe plus, de même que

la sensibilité de l'ovaire droit qui est de grandeur normale. Les adhérences périmétritiques sont résorbées et la matrice est tout à fait mobile. La réposition ne se maintenant pas, nous lui plaçons un pessaire de Hodge.

Observ. VII. Marie V..., 42 ans. Nullipare. Menstruation régulière, douloureuse. Se plaint depuis quelques mois de fatigue dans les membres inférieurs, douleurs lombaires et sacrales, douleurs abdominales, défécation difficile et douloureuse. Col utérin normal, corps assez volumineux en *rétroflexion adhérente et douloureuse.* Cathétérisme 8 1/2. Je fais subir à la malade 14 séances de massage, à la suite desquelles je constate que l'utérus est en antéversion mobile, le cathétérisme donne 7 1/2. Les douleurs lombaires et abdominales ainsi que la fatigue dans les membres ont disparu. La menstruation est indolente.

Observation VIII. Jungblœth, Félicité, 28 ans. I pare. Menstruation irrégulière, douloureuse. Malade depuis 3 à 4 ans. Se plaint de douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations jusqu'à l'épigastre. Leucorrhée. Douleurs lombaires et sacrales. Le col utérin est allongé, l'orifice externe non déchiré. L'utérus est en rétroflexion mobile. L'ovaire gauche, de volume normal, est légèrement prolabé. L'ovaire droit volumineux est prolabé et adhérent dans le Douglas.

Diagnostic : *Rétroflexion utérine, ovarite chronique, prolapsus des ovaires.*

Environ 8 séances de massage du 2 décembre au 17 décembre 1890, à la suite desquelles je constate la bonne position de la matrice et des ovaires. L'ovaire droit n'est plus douloureux et a diminué de volume.

Observation IX. *Ovaro-salpingite subaiguë, métrite et endométrite.* Sauvage, Marie, 38 ans, nullipare. Souffre depuis 10 ans de douleurs abdominales dans les régions ovariques surtout accusées à droite, pertes blanches très abondantes, menstruation régulière et douloureuse. Tous les signes d'une ovaro-salpingite chronique, surtout marquée à droite. J'opère la malade d'ovaro-salpingectomie droite le 15 novembre 1890. Suites de l'opération heureuses. Pendant quelques semaines santé excellente. A ce mo-

ment infection blennorrhagique qui gagne rapidement l'utérus, la trompe restante. Crise aiguë de salpingite. Celle-ci amendée par un traitement rationnel, je constate que la trompe reste tuméfiée, douloureuse, et que la mobilité de l'utérus est à peu près nulle. Devant le refus d'une nouvelle intervention, je la soumets au massage. Au bout de 12 séances, la tuméfaction de la trompe a disparu, la mobilité de l'utérus est absolue, le tissu utérin est moins dur. On ne perçoit plus d'induration dans le ligament large, mais il semble pourtant que le tissu cellulaire y est plus dense que normalement. Les douleurs sont nulles. La malade se déclare guérie.

Observation X. Ovaro-salpingite et Exsudats para et périmétritiques. Vanderauwera, Marie, 22 ans. Nullipare. Menstruation régulière. Souffre depuis deux mois de douleur au bas-ventre du côté droit, et dans la cuisse correspondante. La miction devient pénible, douloureuse, le coït est très douloureux. L'utérus est en antéversion exagérée. Dans le cul-de-sac latéral droit, vaste tumeur en connexion directe avec la matrice et emplissant le petit bassin. Diagnostic : Kyste du ligament large. — Le 5 novembre 1890, je l'opère d'un kyste purulent du ligament large droit. Pendant l'énucléation rupture du kyste et épanchement d'un liquide purulent très abondant dans le bassin. Suites opératoires légèrement fiévreuses.

Deux mois après, dans la région ovarienne droite, là où siégeait le kyste, on perçoit un exsudat, assez volumineux et douloureux. La trompe gauche est volumineuse, douloureuse, l'utérus immobilisé.

Massage journalier jusqu'à la fin de décembre. A cette époque, l'exsudat de droite a complètement disparu, la matrice est en antéversion mobile. La trompe gauche, quoiqu'encore plus volumineuse qu'à l'état normal, est indolente.— Nous cessons le traitement.

Observation XI. Mᵉ W., 29 ans, II pare. Menstruation régulière, douloureuse. 1ᵉʳ accouchement normal. 2ᵉ accouchement très difficile, suivi pendant 18 mois d'hémorrhagies abondantes qui l'ont obligée à garder le lit. La menstruation est actuellement

douloureuse, et très abondante. Depuis 4 ans elle se plaint de douleurs lombaires et sacrales continues, ténesme vésical, leucorrhée abondante. Constipation rebelle depuis 15 ans. Douleurs névralgiques intercostales, marche impossible.

La malade a suivi sans résultats de nombreux traitements.

Examen : col légèrement allongé, dirigé en avant, corps en rétroflexion très exagérée, adhérente dans le Douglas, très douloureuse. L'examen et les essais de reposition sont très douloureux. Dans le cul-de-sac gauche, induration diffuse, difficile à percevoir à cause de la sensibilité de la paroi abdominale. Cul-de-sac droit sensible. Diagnostic : *Rétroflexion utérine adhérente et douloureuse, ovarite chronique, exsudats paramétritiques.* Le massage est institué. Au bout de 7 jours on parvient à palper sans provoquer de douleurs, l'ovaire gauche, qui est volumineux. A la 20e séance, l'induration du ligament large gauche à disparu, l'ovaire n'est plus douloureux et ne semble plus augmenté de volume. L'utérus est encore fixé. Les règles apparaissent sans douleurs.

Actuellement l'utérus est encore un peu plus volumineux que normalement, la rétroflexion reste complète, mais est parfaitement mobile. La reposition est impossible à cause du peu de consistance du muscle utérin.

Les douleurs ont disparu, la santé revient. La marche est aisée.

Le complément du traitement dans ce dernier cas serait peut-être le port d'un pessaire pendant quelques mois, mais la malade ne peut s'y résoudre à cause de la disparition des douleurs qui lui font croire à une guérison radicale. Les autres cas de rétrodéviations utérines, de prolapsus de l'ovaire, salpingite avec métrite et endométrite chronique ont eu le meilleur résultat du massage. Ils sont tous guéris ou à ce point améliorés que les malades ne veulent plus revenir à notre consultation.

Observation XII. Mlle X., 26 ans, nullipare. Elle se plaint depuis de longs mois de douleurs dans les régions ovariennes avec irradiations dans les membres inférieurs, douleurs lombaires et intercostales. Menstruation régulière, très douleureuse,

Examen : Utérus en *rétroflexion adhérente et douloureuse*,

ovaire droit douloureux, augmenté de volume, prolabé dans le Douglas, ovaire gauche assez élevé, un peu augmenté de volume, peu douloureux.

Je lui fais subir en octobre 1890 la castration du côté droit, et en même temps je détache l'utérus de ses adhérences très solides dans le Douglas. Suites opératoires heureuses. 4 semaines plus tard, je constate que la rétroposition se reproduit et que de nouvelles adhérences maintiennent l'utérus en rétroversion. La malade n'a plus de douleur, mais se plaint de gêne dans la marche et à la défécation. Je la soumets au massage. Les séances se succèdent du 6 novembre 1890 au 8 décembre 1890. A ce moment l'utérus est encore en rétroversion, mais les adhérences qui le maintiennent sont excessivement lâches. La marche est aisée, la défécation indolente.

Nous suspendons le traitement pour quelques semaines.

Les résultats obtenus dans ces différents cas d'affection des organes génitaux me font bien augurer de ce moyen thérapeutique et m'engagent fortement à continuer ces essais, au courant, d'ailleurs, desquels je vous tiendrai.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *avril* 1891.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE DEUX FOIS CHEZ LA MÊME FEMME.

M. Crimail (de Pontoise) rapporte le cas d'une femme de vingt-quatre ans, naine, à bassin uniformément rétréci qui a subi deux fois l'opération césarienne (oct. 1888 et févr. 91). Lors de la seconde opération, M. Crimail pratiqua une double ligature des trompes à 5 centimètres de l'utérus et l'incision entre les ligatures Suture de l'utérus et de la plaie abdominale avec de la soie phéniquée et du crin de Florence.

Actuellement la mère et l'enfant se portent bien.

CONGRÈS FRANCAIS DE CHIRURGIE
Cinquième session tenue à Paris.

RESTAURATION DU VAGIN APRÈS ABLATION DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE.

M. Le Prévost (du Havre), pour un néoplasme, ayant été forcé d'enlever la cloison recto-vaginale, dans une hauteur de 6 à 7 centimètres, dut faire l'opération suivante : 1er temps : Dissection aux dépens du périnée d'un lambeau, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, semilunaire, dont le bord concave regarde la fourchette, le bord convexe confine à l'anus. Les extrémités confinent aux grandes lèvres. Ce lambeau libéré au niveau de la fourchette, est relevé et provisoirement fixé à la paroi supérieure de la vulve. 2e temps : Ablation de la tumeur et de la cloison au bistouri. 3e temps : Le lambeau périnéo-vulvaire est rabattu et attiré en bas et en arrière puis suturé par son bord convexe au cul-de-sac vaginal postérieur. Ainsi disposé, le lambeau regarde le rectum par sa face cutanée, le vagin par sa face cruentée. 4e temps. La paroi antérieure du rectum est légèrement attirée en bas et fixée par quelques points de sutures à la plaie périnéale.

Sept mois après l'opération, pas de récidive,

Ce procédé pourrait probablement s'appliquer à certains cas de fistules recto-vaginales.

MALFORMATION UTÉRO-VAGINALE.

M. H. Delagenière (du Mans). — Chez une femme de 23 ans, absence totale de vagin et d'utérus avec conservation et développement des ovaires ; on fit une laparotomie pour enlever les deux ovaires scléro-kystiques, puis une restauration du canal vaginal aux dépens des canaux vestibulaires et des lambeaux cutanés voisins ; il y a eu guérison et résultat fonctionnel excellent. Le vagin artificiel persiste avec les mêmes dimensions depuis l'opération.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

M. Terrillon. Le nombre des hystérectomies abdominales ites avec pédicule au dehors et celui avec pédicule rentré sont

sensiblement égaux. Il est possible, dès lors, de comparer les résultats. Sur 26 opérations avec pédicule au dehors, j'ai eu trois morts : une par septicémie chronique, une par septicémie dans un cas où je n'avais pas lié le pédicule avec du caoutchouc, enfin une troisième par septicémie locale. Le pédicule à l'extérieur a comme inconvénient la durée de la cicatrisation et une fistule abdomino-vaginale rebelle et persistante, de plus, est l'occasion d'éventration secondaire.

Sur 28 opérations avec réduction du pédicule je me suis attaché à obtenir la désinfection de ce pédicule par tous les procédés possibles ; j'ai placé, avec soin, le pédicule dans le petit bassin de façon à éviter des adhérences dangereuses avec les anses intestinales. J'ai eu ainsi trois morts: une par hémorrhagie, le lien élastique à deux reprises s'est échappé ; une de septicémie ; enfin une à la suite d'une hystérectomie pour une tumeur de 14 kilogr. ; il avait fallu ouvrir la vessie et décortiquer l'intestin.

Une ou deux fois l'élimination du caoutchouc s'est faite par le vagin. En résumé, les deux méthodes sont à peu près également bonnes, la seconde convient surtout aux pédicules courts et étroits, la première convient mieux aux pédicules longs et larges.

DEUX ABLATIONS DE L'UTÉRUS CANCÉREUX PAR LA VOIE SACRÉE.

TERRIER (de Paris). — Cette méthode sacrée depuis Zuckerkandl, Wolfler et surtout Roux, qui sur dix interventions n'a eu qu'un décès, semble, en Allemagne principalement, appelée à entrer dans la pratique. Dans les deux faits rapportés par M. Terrier, l'opération parait avoir été extrêmement pénible, dans l'un le résultat fut satisfaisant et la malade, malgré des phénomènes de sphacèle du lambeau, est complètement et jusqu'à présent guérie ; dans l'autre, la mort survint dans le cours du 5e jour, due à la ligature inaperçue d'un uretère. Les annexes étaient adhérentes et envahies, c'est pendant leur ablation extrêmement pénible, qu'a eu lieu la ligature qui a déterminé la mort,

En résumé, l'ablation de l'utérus par la voie sacrée est possible, mais reste une opération d'exception. Elle est indiquée lorsque le vagin est atrésié, le col atrophié, qu'il existe des adhérences.

M. ROUX (de Lausanne). Cette opération d'exception doit être réservée aux cancers volumineux du corps. On obtient une bré-

che énorme, en faisant un véritable vollet ostéo-cutané. On n'enlève l'os qu'à la fin de l'opération, il sert d'écarteur pendant toute sa durée ; grâce à ce jour considérable, on n'est pas exposé à blesser l'uretère. Le cas de mort que j'ai eu avait entraîné l'ouverture de la vessie et la résection d'un urétère ; la suture urétéro-vésicale n'avait pas réussi et la malade était mort de l'épanchement de l'urine dans le péritoine.

Je ne fais pas la réunion totale, je me contente de bourrer la plaie avec de la gaze iodoformée, sans même suturer complètement le péritoine.

HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALE ET VAGINALE COMBINÉES.

M. Bouilly (de Paris).— Dans le cas que rapporte M. Bouilly, il s'agissait d'une malade atteinte d'un volumineux fibrome du corps utérin et d'un cancer du col. L'ablation du premier était impossible par la voie vaginale, l'infection redoutable par le cancer du col dans l'opération de Freund devait faire rejeter l'hystérectomie abdominale totale. On allia les deux. Dans un premier temps ablation du corps utérin et du fibrome par la laparotomie, avec pédicule rentré dans le ventre ; puis 2e temps : hystérectomie vaginale du cancer du col et du moignon du corps. Il y eut une certaine difficulté, à cause de l'état des ligaments larges, à abaisser le moignon utérin ; néanmoins l'ablation totale fut possible. La malade guérit rapidement ; il n'y eut pas de ligatures, les ligaments latéraux avaient été traités par les pinces clamps à demeure.

Peut-être pourrait-on appliquer cette méthode aux fibromes seuls, et on supprimerait toute discussion pour savoir s'il faut ou non rentrer le pédicule.

M. Pozzi. La pratique opératoire de M. Bouilly a déjà été préconisée par Bardenheuer et par Martin : ce dernier a rapporté 8 morts sur 30 cas. J'ai vu une opération faite par Veit, elle a été extrêmement laborieuse. En Allemagne on semble actuellement abandonner cette double hystérectomie combinée.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES.

M. Reclus (de Paris). — On semble oublier, avec les théories actuelles, l'existence de la pelvi-péritonite, et sauf M. Delbet qui

l'a décrite avec soin dans son traité, on la trouve généralement passée sous silence. C'est ainsi que dans son livre, M. Pozzi n'ose même pas prononcer son nom. J'ai quatre observations où il m'a été possible de faire l'ouverture unilatérale de grosses collections purulentes, au niveau de l'espace sus-pubien, pour voir l'évacuation du pus se faire non seulement d'un côté, mais aussi de l'autre ; l'utérus en avant était cerné par un véritable croissant purulent, et les deux collections gauche et droite communiquaient. Mes malades avaient donc eu, d'après la théorie admise, un double pyosalpinx ; cela n'était pas, je ne le pensais pas, et la suite le démontra. Deux des quatre malades devinrent enceintes dans la suite. Ce n'était donc qu'à de la pelvi-péritonite que j'avais affaire.

L'intégrité des annexes dans des cas de ce genre s'explique, quelle que soit la théorie adoptée. Si l'on croit, avec Lucas-Championnière, à la voie lymphatique, nombreux sont les faits en pathologie générale, d'abcès ou d'adénites lymphangitiques à distance, sans que sur le trajet on rencontre des collections ou des traces d'abcès. Si l'on admet la propagation de muqueuse à muqueuse, de la muqueuse utérine à la muqueuse de la trompe, n'est-il pas possible de voir là un fait analogue à ce qui se passe dans les vaginalites suites de blennorrhagie, sans qu'on trouve rien du côté du canal déférent ?

Aussi, au point de vue opératoire, doit-on établir des distinctions, et par suite des indications. L'opération de Laroyenne sera très suffisante dans les petites salpingites suppurées faisant saillie dans le cul-de-sac ; dans les altérations de salpingite catarrhale, avec ovaire scléro-kystique, on se trouvera bien de la laparotomie avec ablation des annexes ; dans des désordres plus étendus, plus diffus, quand le petit bassin ne renfermera plus qu'une éponge purulente, on aura recours à l'hystérectomie vaginale ; enfin, en présence de la pelvi-péritonite isolée, simple, primitive, l'incision médiane, la laparotomie suivie du drainage de la cavité purulente, sera nécessaire et suffisante.

M. Pozzi. — Je répondrai à M. Reclus, qui m'a mis en cause directement, au point de vue de l'anatomie pathologique, du diagnostic, des indications opératoires.

Dans aucun de ses cas, M. Reclus n'a constaté l'état des trompes, il est donc mal venu à nous affirmer leur intégrité, alors que

je pourrais tout aussi théoriquement répondre par une affirmation contraire.

De plus, les grossesses ultérieures n'ont eu besoin, pour se produire, de l'intégrité que d'une seule trompe et rien dans les observations présentées ne démontre la bilatéralité des lésions.

Je n'a jamais vu, jusqu'à présent, une trompe saine accompagnée d'une collection purulente dans le péritoine; jusqu'à ce qu'on ne l'ait montrée, je le nie.

Le diagnostic clinique, du reste est impossible, entre une pyosalpingite et la pelvi-péritonite, et M. Reclus n'a fourni qu'une seule raison, l'origine puerpérale ou abortive de ses collections purulentes ; elle n'est pas suffisante.

Enfin, au point de vue opératoire, la double grossesse des deux malades permet de tirer une moralité importante et montre quelle eût été la suite désastreuse de l'hystérectomie vaginale, que l'on défend systématiquement dans les suppurations pelviennes.

M. Reclus. —Les collections purulentes que j'ai ouvertes faisaient aussi saillie dans le cul-de-sac postérieur et j'ajouterai qu'on n'a jamais, pour des suppurations aiguës, préconisé l'ablation de l'utérus par le vagin.

KYSTE SÉREUX DE LA FACE POSTÉRIEURE DE LA VESSIE EXTIRPÉ AU COURS D'UNE HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. Segond (de Paris).—Fait absolument exceptionnel, véritable trouvaille opératoire. M. Guyon n'en a jamais vu de semblable et on trouve signalé un seul fait de M.Cornil où le kyste était situé entre le rectum et la vessie. Ici il était situé dans l'épaisseur même du muscle vésical et au toucher avait été pris pour un sarcome pédiculé inséré sur le fond de l'utérus. Il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans qu'on opérait pour une rétroflexion adhérente avec double salpingite et dégénérescence adéno-kystique des ovaires. Par le palper abdominal on sentait sur la ligne médiane, re la vessie et l'utérus, une petite tumeur mobile, qui semblait trainer l'utérus ; on diagnostiqua petit sarcome utérin.

Après avoir enlevé l'utérus on sentait toujours la petite tumeur ; l'attira dans la plaie inguinale et on l'enleva. C'était un petit ste du volume d'une amande, contenant un liquide citrin. Les

parois fibreuses ne présentaient aucun revêtement épithélial ou endothélial. La tumeur n'avait donné aucun trouble fonctionnel.

OBSERVATION DE GUÉRISON DÉNINITIVE DE FEMMES ATTEINTES DE RETROVERSION ET DE PROLAPSUS UTÉRIN.

M. Berrut (de Paris). —Il faut actuellement s'élever contre la facilité avec laquelle on intervient par la méthode sanglante pour remédier à ces affections féminines. Nombreuses sont les observations où, avec l'aide du seul pessaire, M. Berrut dit avoir pu obtenir la guérison complète et persistante.

Curabilité des péritonites traumatiques post-opératoires.

M. Jullien (de Paris).— A la suite d'une laparotomie pour pyosalpinx, des phénomènes de péritonite aiguë apparaissant, on dut, pendant quatre jours de suite, faire des lavages du péritoine qui amenèrent la guérison de la malade.

(*La France Médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *mars* 1891.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE PÉAN.

M. Bazy. — Aux indications que l'on a formulées dans les précédentes séances, pour préconiser l'hystérectomie vaginale totale, il me semble possible d'en ajouter une autre, tirée de la persistance des fistules vaginales. Un fait de ce genre m'a conduit à opérer dernièrement une femme de trente-deux ans, qui, depuis de longues années, offrait un écoulement utérin abondant et qui, au niveau du cul-de-sac postérieur, présentait une fistule, consécutive à l'ouverture d'un abcès. Après avoir en vain drainé et lavé la poche, j'ai pratiqué la laparotomie et l'ablation des annexes, puis j'ai appliqué le drainage de Mikulicz ; le résultat n'a pas été complet, et pour faire disparaître les trajets fistuleux abdominal et vaginal, j'ai dû avoir recours à une hystérectomie vaginale secondaire. C'est là une indication de cette opération, dont

je crois cependant les applications plus restreintes que M. Segond ne l'a dit.

M. Segond. — Je croirais abuser de la société, en revenant sur cette question ; toutefois, en rappelant que j'ai nettement délimité les indications de l'hystérectomie, je signalerai que M. Péan a déjà insisté sur la persistance des trajets fistuleux comme indication opératoire. Parmi mes malades, j'en ai trois qui se trouvaient dans ces conditions, et hier, dans le service de notre collègue M. Berger, j'en ai opéré une autre, qui avait une fistule recto-vaginale.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'ENCÉPHALOCÈLE.

M. Berger. — M. Picqué nous a adressé un mémoire sur l'encéphalocèle à l'occasion du fait suivant, qu'il a observé et heureusement traité. En septembre dernier on lui apportait un enfant de quinze jours, atteint d'une tumeur crânienne ayant le volume d'une tête de fœtus à terme ; cette tumeur présentait les caractères ordinaires de l'hydrencéphalocèle ; régulière, arrondie, en partie fluctuante, en partie solide, elle n'offrait ni transparence, ni réductibilité, ni battements, ni mouvements d'expansion. Huit jours plus tard l'opération suivante lui était appliquée. Après une ponction faite au bistouri et évacuation de la poche, l'ouverture fut agrandie ; alors il fut aisé de constater que cette poche était tapissée par une mince couche de substance cérébrale, reliée à la dure-mère par des adhérences ; ces dernières furent rompues et, la décortication terminée, on acquit la certitude que cette poche se rendait au lobe occipital ; on était donc en présence d'une encéphalocèle occipitale. Outre cette tumeur, il en existait en arrière une deuxième extra-cérébrale, contenue dans la cavité des méninges et également fluctuante ; après l'avoir ponctionnée et évidée du liquide qu'elle renfermait, on reconnut, en explorant son pédicule, qu'elle était en communication avec le cervelet. L'excision en a été pratiquée aux ciseaux, puis, cela fait, les enveloppes ont été suturées et la guérison est survenue sans aucun accident.

Dans les considérations développées par M. Picqué, notre confrère insiste particulièrement sur les caractères anatomiques de

cette hydrencéphalocèle et fait remarquer qu'elle diffère notablement des tumeurs, dont M. Périer et moi avons entretenu la Société il y a environ deux ans. En effet, dans le cas de M. Périer, il s'agissait de l'extirpation d'une véritable encéphalocèle, dont les enveloppes étaient constituées par les méninges ; la tumeur se présentait sous l'aspect d'un noyau formé de substance cérébrale et de substance cérébelleuse et ne pouvait être rapportée qu'à une production mixte du cerveau et du cervelet. Je rappellerai que des recherches faites à cette occasion m'ont amené à conclure, dans un mémoire, que cette variété de tumeurs est une production particulière, qui se rattache aux premiers jours de la vie embryonnaire, alors qu'il n'existe qu'une cellule. C'est là l'origine de cette production mixte, dont le développement met obstacle à la réunion des lames cérébrales et des soudures osseuses.

Le fait de M. Picqué est tout différent, puisque les caractères de sa tumeur sont bien ceux d'un hydrencéphalocèle véritable, constituée par un prolongement du cerveau et du cervelet, dans l'épaisseur duquel s'est formée une cavité remplie de liquide. Si on l'envisage au point de vue pathogénique, il conduit à des conclusions, qui ne peuvent être invoquées à l'appui de la théorie, adoptée par Spring. Pour cet auteur, qui admet une origine pathologique de l'encéphalocèle, on sait qu'il se produirait d'abord une inflammation localisée à une corne ventriculaire, et un isolement d'une portion du ventricule, qui en se remplissant de liquide, formerait un véritable kyste ; puis le kyste, en se développant, pousserait au-devant de lui la substance cérébrale, amènerait la formation de la hernie et déterminerait la perforation des os.

Or, ce n'est pas là le mode d'évolution qu'a présenté le spina bifida crânien opéré par notre confrère ; la cavité développée dans l'épaisseur de la tumeur ne se prolongeait ni vers les ventricules cérébraux, ni vers le quatrième ventricule ; l'examen du liquide n'offrait aucun des caractères du liquide céphalo-rachidien, car il renfermait de l'albumine en grande quantité et une proportion différente des principes fixes ; il n'existait pas de perforation osseuse, mais une absence de réunion au niveau des lames qui constituent l'occipital ; enfin la tumeur siégeait bien sur la ligne médiane, contrairement à ce que soutient Spring.

La théorie de l'arrêt primitif de développement est donc bien

plus satisfaisante que celle de l'origine pathologique, défendue par ce dernier auteur et encore soutenue par Ackermann qui, dans cette question de pathogénie, fait jouer un rôle trop absolu aux changements de pression intra-crânienne et aux modifications de capacité de la boîte osseuse.

Pour ce qui concerne le mode opératoire suivi par M. Picqué, s'il diffère en quelques points de celui que nous avons appliqué, puisque nous n'avons ponctionné qu'après avoir isolé la tumeur jusqu'au niveau de l'ouverture osseuse, il n'y a pas de raison de ne pas l'adopter, car il met à l'abri de la surprise d'une lésion du cerveau.

SPINA BIFIDA LOMBO-SACRÉ TRAITÉ PAR L'EXTIRPATION.

M. Berger. — Dans une autre communication, M. Picqué relate un cas d'extirpation d'un spina bifida rachidien, qu'il a pratiquée sur une fillette de 15 jours. La tumeur occupait la région lombo-sacrée et mesurait 8 centimètres en hauteur sur 6 centimètres en largeur ; ses enveloppes, épaisses à la base, étaient, au contraire, minces et translucides à son sommet. Lorsque la paroi a été incisée de haut en bas, la cavité s'est présentée sous l'aspect d'un kyste clos de toute part et en particulier par des bractus méningés au niveau de l'ouverture rachidienne ; il n'existait pas de communication avec le canal rachidien, d'où aucun liquide ne s'est écoulé pendant l'opération. La poche entière a été isolée et réséquée et l'enfant a guéri ; mais, dans la suite, il s'est produit de l'hydrencéphalie et de la paraplégie, accidents qui probablement, doivent être rapportés à une lésion des nerfs ou de la moelle, ou bien à une méningo-myélite.

M. Bazy. — A cette interprétation, on peut en substituer une autre, celle d'une hydrencéphalie latente, qui s'est développée après l'opération. J'en ai observé un cas dans ces conditions chez un jeune enfant qui est mort quelque temps après avoir été opéré.

M. Périer. — L'athrepsie peut être une des suites de cette opération ; c'est ce qui est arrivé, je crois, chez l'un de mes petits opérés.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. MENACES DE RUPTURE. LAPAROTOMIE. MORT DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT.

M. Périer. — Une laparotomie pour grossesse extra-utérine a fait, de la part de M. Lebec, le sujet d'une communication, qu'il nous a envoyée et que l'on peut ainsi résumer. Une femme de 35 ans lui est adressée comme étant atteinte d'une hématocèle rétro-utérine. La palpation de l'abdomen, dont le développement atteignait celui d'une grossesse à terme, lui fit percevoir l'existence d'une masse dure et résistante siégeant dans la moitié inférieure du ventre avec saillie plus prononcée dans la fosse iliaque gauche. Sur toute la surface de l'abdomen, qui n'était nullement douloureux à la pression, on n'entendait aucun bruit fœtal, mais par place un bruit utéro-placentaire intense. Le col utérin était remonté assez haut et la cavité utérine dilatée mesurait quatorze centimètres ; les glandes mammaires avaient, comme la tumeur abdominale, graduellement augmenté de volume, à la suite de crises douloureuses et de coliques utérines, qui se répétèrent à deux reprises, l'état de la malade devint inquiétant et la laparotomie fut décidée.

Une incision verticale, pratiquée à droite de la ligne médiane, mit à nu l'utérus, qui était rejeté à droite ; sous le ligament latéral gauche fortement soulevé se trouvait un kyste fœtal et autour de lui du sang libre épanché dans le péritoine ; la tumeur s'étendait de gauche à droite en passant sous l'utérus et offrait une surface régulière, en partie constituée par le placenta. Dès les premières tentatives pour énucléer toute la masse, il se produisit, par suite de déchirures, une hémorrhagie abondante, et ce fut avec une très grande rapidité que le placenta, mis à découvert, on dut extraire le fœtus ; la cavité saignante fut alors soigneusement tamponnée et aucune tentative d'extraction du placenta n'eut lieu, vu l'état de faiblesse dans lequel était plongée la malade qui, d'ailleurs, succombait deux heures plus tard malgré une transfusion ; quant à l'enfant, il ne survivait que vingt-quatre heures à sa mère.

L'autopsie de cette femme a démontré que le siège de cette poche kystique, dont le sommet était occupé par le placenta, était bien l'espace compris entre le rectum et l'utérus et qu'elle avait pour point de départ les annexes gauches dont la trompe était

perforée et dont l'ovaire ne put être retouvé. Aussi me semble-t-il possible de conclure, d'après l'exposé des faits, que, si l'on a eu raison d'intervenir, mieux eût valu le faire encore plus tôt lors de la première crise ; j'ajouterai que, dans ce cas, on eût peut-être pu éviter l'hémorrhagie en plaçant une pince sur le ligament large aussitôt le ventre ouvert.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE PAR RUPTURE VASCULAIRE, TUMEUR SANGUINE SALPINGIENNE.

M. REYNIER. — Il y a une quinzaine de jours, je recevais dans mon service une malade qui, au moment de ses dernières époques, avait été prise de vives douleurs abdominales ; à l'examen direct, il me fut aisé de constater dans le cul-de-sac gauche la trompe très augmentée de volume. Quelques jours après, les règles apparaissaient, mais, dès le lendemain, elles se supprimaient brusquement, en s'accompagnant de phénomènes de syncope ; le toucher nous fit alors percevoir une tuméfaction saillante au niveau du cul-de-sac et remontant jusqu'à l'ombilic. La laparotomie nous mit sous les yeux les lésions suivantes : au niveau des annexes gauches existait une grande cavité fermée en avant par le ligament large, en arrière et en haut par la trompe et une anse intestinale qui lui adhérait ; dans cette cavité se trouvait une certaine quantité de caillots et de liquide sanguin ; la trompe, soulevée et remontée par l'épanchement, était distendue, remplie de sang et séparée de l'ovaire ; entre ces deux organes on voyait une déchirure portant sur une veine du plexus, déchirure qui avait été la cause de l'hémorrhagie.

M. POZZY. — J'admets bien comme pathogénie de cette hémorragie, une rupture vasculaire, mais je ne puis la comprendre aussi abondante qu'en supposant une grossesse extra-utérine probable. Les plexus sont, en effet, gorgés de sang en pareil cas, et il suffit d'explorations répétées, d'un traumatisme en un mot, pour amener la rupture ; c'est ce qui a souvent lieu, quelque précaution qu'on ait soin de prendre. Je crois d'autant plus à une grossesse extra-utérine que l'autre trompe n'était nullement altérée, ce qui existe ordinairement dans les cas d'hémato-salpinx d'origine non puerpérale.

M. BAZY. — J'ai eu l'occasion de voir un semblable fait d'hé-

morragie rétro-utérine, survenue à la suite de manœuvres répétées.

M. Routier. — D'après les faits d'hématocèles que j'ai vus et opérés, soit par la laparotomie, soit par l'incision vaginale, je crois que, dans le cas actuel, il eut été préférable d'avoir recours à ce dernier procédé opératoire.

M. Pozzi. — Il y a une dizaine de jours, pareil fait s'est présenté à moi; j'ai tout d'abord pratiqué la laparotomie et j'ai enlevé la trompe, puis, après avoir refermé le ventre j'ai incisé au niveau du cul-de-sac vaginal et fait l'évacuation de la poche, en respectant l'espèce de calotte sanguine qui en formait le toit. En pareille circonstance, j'estime qu'on a avantage à associer la laparotomie et l'élytrotomie.

M. Reynier. — J'admets parfaitement que la pathogénie de l'hémorragie que j'ai observée, soit discutable ; quant à l'intervention, je reste convaincu que, dans ces cas de volumineux épanchements récents, la laparotomie permet un nettoyage et une toilette plus complets.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

RUPTURE DU PÉRINÉE ET DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE PENDANT LE COÏT.

Une jeune femme juive, de 23 ans, taille moyenne, antérieurement en bonne santé et récemment mariée, fit un jour demander le Dr Roman L. Sinaisky, de Slutzk (Russie), qui publie cette histoire dans la *Russkia Meditzina* (n° 46, p. 711, 1889). Cette jeune femme se plaignait de douleurs pendant la marche et pendant la défécation et racontait que ces symptômes étaient apparus depuis qu'elle avait eu ses premiers rapports avec son mari deux jours auparavant. Elle ajoutait que le coït avait donné lieu à une douleur locale très vive et à une hémorrhagie abondante allant jusqu'à la syncope.

L'examen montra que les organes génitaux externes présentaient une conformation tout à fait normale et que l'hymen, de la variété semi-lunaire, et d'une épaisseur modérée, était intact. En écartant les grandes lèvres, on voyait que la commissure postérieure était déchirée; la plaie formait une cavité en forme d'entonnoir, admettant faci-

lement deux ou trois doigts et communiquant avec le rectum immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus ; le vagin contenait des matières fécales et des gaz. Il y avait une rupture totale du périnée longeant le raphé, mais comprenant seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. L'auteur proposa une opération, qui fut refusée par la malade.

Le Dr Sinaisky discute longuement l'étiologie des graves lésions qu'il a constatées chez sa malade. Il ne lui paraît nullement douteux qu'elles n'aient été provoquées pendant le coït. Le mari était un vigoureux jeune homme de 23 ans, bien membré, mais peu au courant des devoirs conjugaux ; du moins il raconte qu'il n'avait jamais eu antérieurement de rapport avec une femme. Depuis, le couple déclara énergiquement que ni l'un ni l'autre n'avaient introduit dans le vagin de la jeune femme soit le doigt, soit un corps étranger quelconque ; leurs affirmations semblaient d'ailleurs très véridiques ; aussi l'auteur arrive à cette conclusion que les lésions ont été causées de cette manière : le mari, inexpérimenté et en état d'érection violente, avait vigoureusement pressé contre la base de l'hymen de la jeune femme, placée peut-être dans une posture peu appropriée. L'auteur émet cette hypothèse que chez le mari, juif et circoncis, la rétraction du prépuce a pu augmenter la violence du coït (?).

Recherchant dans la littérature médicale les faits du même genre qui ont été publiés, l'auteur a trouvé les suivants :

1° Le cas d'Albert (*Manuel de médecine légale* d'Hoffman) relatif à une jeune Arabe de 11 ans chez laquelle les premiers rapports avec son mari, un solide gaillard de 16 ans, amenèrent la rupture de la commissure postérieure et du cul-de-sac du vagin, mettant ce dernier en communication avec la cavité abdominale.

2° Le cas de Toulmouche, rupture du périnée chez une jeune fille de 25 ans, violée.

3° Le cas de Zeiss (*Centralblatt für Gynæcologie*, n° 8, 1886), déchirure de la cloison vaginale pendant le coït, la femme appuyée sur les coudes et sur les genoux et cela six semaines après un accouchement au forceps.

4° Le cas de Chadwick (*Boston medical and surgical journal*, 30 avril 1885), rupture du vagin chez une femme nullipare de 48 ans.

5° Le cas d'A. G. Masalitinoff (*London medical Record*, mai

1886, p. 214), rupture du périnée chez une Juive faible et chlorotique, âgée de 24 ans, la lésion se produisit alors qu'elle pratiquait pour la première fois le coït avec son mari, un individu athlétique et alors en état d'ébriété.

6° Un second cas de Masalitinoff (*id.*), fistule vésico-vaginale survenue chez une Georgienne de 24 ans, pratiquant pour la première fois le coït avec son mari.

7° Le cas d'Afanasy N. Boiakovsky (*Vratch*, nos 46 et 47, 1886, p. 821), rupture du périnée et fistule vulvo-rectale chez une paysanne de 17 ans, qui avait les organes génitaux externes situés très bas et la fente vulvaire anormalement courte (la distance entre l'orifice uréthral et la commissure postérieure n'était que de 2 centimètres), il y avait un profond cul-de-sac en arrière du vestibule, l'arc du pubis était étroit et ne formait qu'un angle de 62° au lieu de 90 à 100° comme à l'habitude ; l'inclinaison du pubis était également anormale, 40° au lieu de 60°. Le mari était un solide paysan de 24 ans, avec une verge volumineuse. Le premier coït fut excessivement douloureux ; dès le lendemain matin, des gaz à odeur fécaloïde et le troisième jour des matières fécales s'échappèrent des organes génitaux de la femme. La fistule fut fermée par le professeur G. E. Rein, trois ans après.

Aux cas cités par le Dr Sinaisky, on peut ajouter les suivants :

1° Un cas de W. A. Esipoff (*London medical Record*, mai 1886, p. 214), rupture de l'urèthre pendant le premier coït chez une jeune femme de 19 ans, avec imperforation de l'hymen. Deux litres de sang se trouvèrent enfermés dans le vagin et dans la matrice.

2° Le cas de J. Price (*Am. Obst. Gaz.*, mai 1886), fistule vulvo-rectale occasionnée par un premier coït chez une femme de 22 ans.

3° Le cas de Dugner (*Vratch*, n° 47, p. 843, 1886), rupture du périnée et du vagin pendant le premier coït avec un mari dont le pénis était volumineux et qui vit sa femme d'une manière très brutale.

4° Le cas de Blumenthal (cité par Price, *id.*), fistule vulvo-rectale opérée par Spencer-Wells en 1860.

5° et 6° Les cas de Diemerbrock (*Anatomia corporis humani*, cité par Boiakovsky, *id.*), rupture du vagin chez deux jeunes Hollandaises nouvellement mariées, et qui toutes deux moururent d'hémorrhagies

7° Le cas de Liman (*Manuel* d'Hoffman), rupture du périnée.

(*La France médicale.*) A. Ch.

LA SALPINGITE GONORRHOÏQUE,

Par le Dr Menge (de Berlin).

A la clinique du professeur Martin, on a fait l'examen bactériologique des produits inflammatoires dans 26 cas de pyosalpingite ; 8 fois on a constaté la présence de microorganismes : streptococcus pyogènes dans 2 cas, staphylococcus pyogènes albus, dans un cas, bacille saprophytique mobile, ayant donné des cultures pures sur de l'agar, dans 1 cas.

A en juger par les résultats des ensemencements, le pus était stérile dans les autres cas; mais l'examen microscopique y a fait constater 1 fois un diplocoque qui se colorait par le procédé de Gram, 3 fois le gonococcus de Neisser. Dans ces trois derniers cas il n'a pas été possible de mettre la présence du gonococcus en évidence dans les tissus des organes extirpés par voie de laparotomie.

Pendant l'opération, une certaine quantité de pus gonorrhoïque s'était répandue dans le péritoine. Les cas de ce genre, dont il existe déjà plusieurs exemples dans les annales de la science, soulèvent la question de savoir s'il existe une péritonite gonorrhoïque ayant son point de départ dans une sorte d'ensemencement, à la surface du péritoine, des gonococcus contenus dans un foyer de pyosalpingite. Bumm a nié l'existence de ce genre de péritonite spécifique, en se basant sur ce que seuls les épithéliums cylindriques se laissent traverser par les gonococcus de Neisser. Koch considère la question comme indécise.

Or il est démontré que l'épithélium pavimenteux des cavités closes ne constitue pas une barrière infranchissable pour le gonococcus de Neisser; on a trouvé ce micro-organisme dans le contenu purulent des synoviales articulaires, chez des sujets affectés d'une arthrite blennorrhagique. Si, de plus, on considère les analogies qui existent entre le staphylococcus et le streptococcus d'une part, le gonococcus de l'autre, la possibilité d'une péritonite infectieuse, gonorrhéïque, ne saurait être repoussée *a priori*. Si les faits positifs connus jusqu'ici ne fournissent pas une preuve suffisante de l'existence de cette péritonite, l'assertion de Bumm, comme quoi il n'existe point de péritonite gonorrhoïque, n'est pas davantage démontrée. Les faits utilisables pour juger cette question n'existent jusqu'ici qu'en petit nombre, et tous les coccus immigrés dans la profondeur des organes génitaux avaient subi l'influence des antiseptiques ;

sans compter que dans le pus stagnant ils avaient subi l'action délétère de leurs propres produits toxiques. Les mêmes conditions se retrouvent dans les abcès de vieille date. Or il est à croire que des gonococcus frais, en pleine possession de leur virulence, ne sont pas aussi inoffensifs quand ils viennent en contact avec la séreuse abdominale.

Il y aurait encore à trancher la question de savoir si les pelvipéritonites aiguës et chroniques, complications habituelles de la pyosalpingite gonorrhoïque, sont dues à une affection spécifique du revêtement séreux du petit bassin, ou si elles reconnaissent pour cause l'irritation des produits de sécrétion morbide, abstraction faite de toute intervention de germes organisés, ou encore si elles sont la conséquence d'une infection mixte. Pour résoudre cette question, il faudra faire porter les recherches sur un très grand nombre de faits cliniques, ce qui n'a pas eu lieu jusqu'à ce jour.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'HYDROSALPYNX,

Par M. Zabolotsky.

L'auteur, tout en admirant les succès opératoires de la gynécologie, pense qu'il ne faut quand même pas pousser trop loin le zèle laparotomique, et qu'il faudrait essayer d'abord un traitement moins radical qui souvent est suffisant. A l'instar de Valton, il a appliqué à l'hydropisie des trompes la dilatation de l'utérus, et il a obtenu quatre succès chez quatre malades. Il employait toutes les précautions d'antisepsie voulues, et a pu laisser des tiges de laminaire pendant quarante heures dans l'utérus, sans conséquences désagréables ; une éponge, laissée pendant quarante heures à demeure, présentait au bout de ce temps une odeur légèrement putride. Il attirait l'utérus à la vulve avec une pince tire-balles, lavait sa cavité, quand une sonde Bozeman pouvait y pénétrer, et autrement introduisait tout droit la laminaire enduite de glycérine iodoformée ; le jour suivant, on remplaçait la tige par une autre plus volumineuse, après lavage de l'utérus, et ainsi de suite, jusqu'à obtenir l'évacuation des tumeurs fluctuantes formées par les trompes, qu'on sentait dans les culs-de-sac vaginaux. La température ne s'est jamais élevée pendant le traitement. Le contenu des trompes se vide généralement mêlé d'un peu de sang, avec de fortes coliques. Le traitement, quoique doulou-

reux, est sans danger et rapide, et les malades s'y prêtent volontiers. Quant au fait de savoir si les résultats obtenus sont durables, les observations de Zabolotsky ne datent pas d'un temps suffisamment long pour pouvoir en juger.

(*Journ. acouch. i jensk. bol.*, juin 1890.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER PRIMITIF DU VAGIN,

Par M. Ptcheline.

En raison de la rareté du cancer primitif du vagin, l'auteur cite une observation personnelle de la clinique du professeur Sebedeff, et deux cas communiqués par le professeur Winogradoff, ce qui porte le nombre des cas publiés à 107.

La première, une femme de soixante-neuf ans, ayant eu trois enfants, avait un cancer épithélial polypoïde ulcéré de la paroi antérieure du vagin, avec prolapsus de cette paroi et cystocèle. Elle avait eu, deux mois auparavant, une hémorrhagie vaginale très grave, à la suite d'une chute d'un escalier, et depuis des douleurs continuelles, un écoulement sanieux mêlé à du sang, une fièvre continuelle. Opérée simplement au bistouri, avec ligature élastique préalable, et excision aux ciseaux de toutes les parties malades, elle sortit guérie. La seconde, ayant eu huit enfants, avait un prolapsus complet du vagin, sous forme d'une tumeur cancéreuse ulcérée, au milieu de laquelle on apercevait le col utérin ; constipation et troubles de la miction, puis douleurs dans le bas-ventre ; plus tard diarrhée, augmentation de la tumeur, mort, huit mois environ après le début.

La troisième malade, de soixante-sept ans, non mariée, dont on ne connaît que l'autopsie, avait la même forme de cancer vaginal, avec prolapsus, que la précédente.

L'utérus et les organes du petit bassin étaient indemnes dans les trois cas. Ces observations offrent également un intérêt en ce sens que le cancer avait toujours été précédé de prolapsus vaginal qui, dans le premier cas en particulier, avait pris la forme polypoïde ; l'auteur est donc enclin à attribuer un rôle aux irritations auxquelles sont soumises les parties herniées, dans l'étiologie du cancer.

(*Wratch*, 1890, n° 22.)

CRITIQUES ET MOYENS UTILES POUR ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC DE GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES, A PROPOS D'UN CAS DE GROSSESSE ABDOMINALE COMPLIQUÉE D'ÉCLAMPSIE ET DIAGNOSTIQUÉE SEULEMENT AU HUITIÈME MOIS DE LA VIE FŒTALE,

Par M. Bossi, libere docente d'obstétrique et de Gynécologie à l'Université royale de Gênes.

Très bonne leçon, où tous les moyens propres à éclairer le diagnostic, toujours si délicat à faire d'une façon précise, sont analysés et présentés d'une façon concise en s'appuyant sur l'autorité des plus grands noms de la science obstétricale. L'auteur insiste sur le degré relativement moins accentué de la suractivité circulatoire des organes génitaux et sur l'involution consécutive des mêmes organes.

Un fait important est tiré des symptômes subjectifs de la patiente, tels que les troubles dans l'urination, dans la défécation, les douleurs abdominales. Ces symptômes ont un caractère de grande instabilité dans les premiers mois à cause de la mobilité excessive de la tumeur.

Un autre fait important qui n'est pas connu aussi bien que les précédents et appartient à l'auteur, ce sont les douleurs abdominales, soit viscérales, soit péritonéales, durant les mouvements actifs du fœtus. Depaul avait déjà signalé la position plus superficielle des parties fœtales et la forme particulière de la tumeur, dont le diamètre transversal est plus grand que le diamètre longitudinal. Par la chloroformisation, on parvient à faire pénétrer la main dans le vagin et à examiner l'utérus et ses parois ; c'est peut-être le moyen le plus pratique de faire un diagnostic exact, si l'on y joint le cathétérisme de l'utérus, qui permet de constater sa vacuité. On peut même supprimer ce cathétérisme et le remplacer, toujours pendant le sommeil anesthésique, par l'examen utérin au moyen de l'index.

La femme qui a fourni au docteur Bossi le sujet de cet important mémoire était âgée de 30 ans, de bonne constitution et déjà mère de deux enfants bien portants. Elle était atteinte d'éclampsie, et c'est en la secourant, dans un de ces accès, que l'on constata la grossesse extra-utérine dans la seconde moitié du huitième mois avec fœtus vivant. Il fallait, dans cette circonstance, intervenir de suite par une laparotomie, cela s'imposait, ou bien attendre. Le directeur de la Clinique attendit le lendemain. Le lendemain, le fœtus était mort et, onze jours après, la mère le suivait.

(*La Riforma*, nos 265, 266, 267, nov., *Un. méd.*)

HÉMORRHAGIE PULMONAIRE MORTELLE PENDANT LA MENSTRUATION.

(*Centralbl. für Gynæk.*, n° 37.)

M. Mark Flesch rapporte l'observation suivante : Une femme de 28 ans, petite, extraordinairement obèse et présentant des signes de dégénérescence graisseuse du cœur, fut prise au sixième mois de sa grossesse d'une bronchite très tenace. L'accouchement se fit bien, ses suites furent régulières. Mais deux mois plus tard, la bronchite étant devenue fétide, et un peu d'œdème ayant apparu, le sevrage fut nécessaire. Les accidents pulmonaires qui s'étaient d'abord aggravés, étaient en voie de disparition, quand la malade se mit à cracher du sang, puis mourut d'hémoptysie en quelques heures.

A l'autopsie, on trouva de la dégénérescence graisseuse du cœur, de la bronchite, un ancien infarctus pulmonaire, mais malgré des recherches attentives, aucune rupture vasculaire expliquant la mort. Les bronches étaient remplies de sang provenant évidemment des dernières ramifications bronchiques. La muqueuse utérine était couverte d'ecchymoses, et le mucus utérin était mélangé de sang. Dans l'un des ovaires, on trouvait un kyste d'un centimètre de diamètre rempli de sang et dont le mode d'ouverture indiquait évidemment un follicule récemment rompu.

Il est certain que cette femme se trouvait le jour de sa mort au moment de sa première menstruation ; celle-ci s'était localisée du côté de l'utérus d'une façon normale ; mais les lésions pulmonaires antérieures avaient créé une prédisposition aux ruptures des capillaires bronchiques. Le trouble vaso-moteur de la menstruation a suffi alors à causer une hémorrhagie mortelle.

(*Bull. méd.*)

DIAGNOSTIC DE LA SALPINGO-OVARITE.

M. Meichnow a étudié, à la clinique du Dr Lebedeff, les modifications de volume que présentent les tumeurs tubaires. Il arrive qu'à un premier examen on constate une tumeur à droite, par exemple, et à gauche seulement des adhérences, des noyaux indurés ; un peu plus tard, la tumeur aura disparu et une autre aura apparu du côté gauche.

Ces modifications sont liées à la menstruation. La tumeur augmente de volume dans les jours qui précèdent les règles, et diminue ensuite,

parfois au point de disparaître. Ces changements ne sont pas o u-jours aussi accusés ; mais généralement un peu avant les règles, les tumeurs tubaires sont d'une palpation et d'un examen bien plus aisés.

Les causes de ces changements de volume sont : 1° la congestion tubo-ovarienne menstruelle ; 2° l'accumulation de sang dans les oviductes ; 3° la tuméfaction de la muqueuse ; 4° la sécrétion peut être plus abondante. Les modifications de volume sont bien plus démonstratives pour les tumeurs de dimensions médiocres que pour les grosses ; l'influence des causes précédentes se fait relativement beaucoup moins sentir pour ces dernières.

Il arrive souvent que l'on constate une fois l'augmentation de volume d'une tumeur ; aux règles suivantes cette tumeur ne se modifiera nullement ; mais, de l'autre côté, on constatera l'apparition d'une autre tumeur, et ainsi de suite d'une façon alternante. Pour affirmer que l'un des deux côtés est sain, il faudra donc plusieurs examens pratiqués à des époques suffisamment éloignées.

(*Bull. méd.* d'après le *Centralblatt für Gynœkologie*, n° 32.)

FIBROME UTÉRIN ET GROSSESSE.

M. Routier a récemment opéré une femme enceinte de 3 mois, qui souffrait de vives douleurs dues à la présence d'un corps fibreux volumineux qui gênait l'utérus dans son développement. M. Routier fit la laparotomie en pratiquant une incision portant à 3 travers de doigt du pubis jusqu'à 3 travers de doigt de l'appendice xyphoïde : il enleva un gros fibrome (2415 gr.) bosselé, réniforme, inséré par son hile sur le fond de l'utérus et reposant par ses deux extrémités d'une part sur le pubis et d'autre part sur le diaphragme. Une suture avec de la soie fut faite sur le pédicule qui fut abandonné dans l'abdomen. Les suites opératoires furent des plus simples et la grossesse continua à évoluer.

Il est plus que probable que sans l'intervention il y aurait eu avortement : l'utérus était applati dans la fosse iliaque droite, le fibrome remplissait l'abdomen, y était fixé, empêchant d'autre part le développement de l'utérus par son mode d'insertion ; de plus, les douleurs vives commandaient l'intervention.

Il en est de même toutes les fois que des symptômes de compression ou des douleurs vives se manifestent ; on pratique de préférence

la myomectomie ; mais, pour se hasarder à la faire, il faut être sûr qu'on n'ouvrira pas l'utérus. Dans tous les cas où l'énucléation des fibromes conduit à l'ouverture de la cavité utérine, il faut se décider à pratiquer l'hystérectomie.

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Autrefois on tenait la grossesse extra-utérine pour une rareté, mais on a reconnu sa fréquence depuis qu'on s'attaque chirurgicalement à elle et qu'on la diagnostique. Olshausen fait remarquer que les progrès sur cette question en symptomatologie et en diagnostic ont conduit à des progrès importants en thérapeutique. Ainsi, lorsque le diagnostic est posé de bonne heure, on est d'accord pour pratiquer la laparotomie ; dans les cas où il n'y a pas encore d'hémorrhagie abondante, l'opération offre une grande sécurité.

Si l'on est appelé alors que la rupture est déjà accomplie, la solution dépend de l'état où se trouve la patiente. La rupture est-elle récente sans tendance à l'enkystement du sang ? Si l'hémorrhagie n'est pas foudroyante, on a le temps d'agir et l'on doit immédiatement faire la laparotomie pour aller lier les vaisseaux qui saignent. Si, au contraire, le sang s'est enkysté en une hématocèle, on doit temporiser pendant quelque temps.

Dans le traitement de la grossesse extra-utérine parvenue à la seconde moitié de son évolution, il y a plusieurs points encore discutés : ainsi faut-il opérer quand la grossesse est déjà avancée et quand l'enfant est vivant ? Certainement; car, toute femme qui porte une grossesse extra-utérine est en danger de mort rapide : le danger de la laparotomie est beaucoup moindre.

Enfin, faut-il opérer quand, le fœtus étant mort depuis longtemps, la poche n'est pas suppurée ? Oui, car d'après Olshausen, tant que la calcification n'est pas complète, la suppuration est possible.

Dr G. Lepage.

(*Concours Méd.*).

NOTE SUR UN CAS D'ANOMALIE CONGÉNITALE DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME,

Par les docteurs Albert Crickx et J. Wicot.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer un cas très intéressant de malformation congénitale chez une jeune femme de 21

ans. Ce n'est que par hasard que l'un de nous put constater l'anomalie.

Cette jeune femme, enceinte de deux mois, se plaignait depuis quelques jours de légères douleurs dans le bas-ventre, revenant par intermittences. Ces douleurs furent suivies de légères pertes sanguines : il y avait donc tout lieu de croire à un avortement.

L'examen de la jeune femme fit constater une bifidité vaginale, sans pouvoir juger, vu les circonstances, de l'état de l'utérus.

Malgré un traitement approprié (opium à haute dose et repos absolu), l'avortement se produisit. Chose curieuse, les douleurs furent très violentes, tandis que les pertes restèrent pendant toute la période de l'avortement excessivement minimes. L'œuf était de la grosseur d'un œuf de poule ; le liquide amniotique était gélatineux et transparent ; l'embryon, d'une longueur d'un centimètre à peine, ne présentait donc pas le volume habituel.

L'avortement guérit sans phénomènes particuliers et la jeune femme put reprendre au bout de quelques jours ses occupations habituelles.

Nous reprîmes l'examen quelque temps après. Les parties externes ne présentent rien de particulier.

L'orifice vaginal semble au contraire, à première vue, partagé en deux par une cloison antéro-postérieure qui n'est autre que les colonnes antérieures et postérieures du vagin, fort hypertrophiées.

Le doigt pénètre facilement dans le vagin jusqu'à une hauteur de 4 centimètres à peu près où l'on va buter contre une bride falciforme antéro-postérieure, et dont les prolongements se continuent peu à peu avec les colonnes vaginales. La cavité du côté gauche est ample et on arrive facilement au col utérin qui est petit, conoïde, d'une consistance plus molle que normalement ; celui-ci présente un orifice du diamètre normal. Dans le cul-de-sac droit de cette cavité on sent le col prolongé de l'autre côté. Dans la cavité droite, beaucoup plus étroite, on sent une tumeur petite se continuant à gauche, présentant le caractère d'un col utérin, mais sans orifice appréciable. Dans le cul-de-sac droit de cette cavité, on sent, mais obtusément, un cordon bosselé qui est peut-être l'ovaire et la trompe de ce côté.

Le spéculum ne fit que nous montrer plus clairement les détails donnés plus haut. La palpation bimanuelle ne nous permit pas de sentir la matrice.

La sonde utérine introduite dans la cavité du col utérin à gauche

ne peut être enfoncée à plus de 5 centimètres et ce, malgré les directions diverses données au cathéter.

Le toucher rectal nous donna pleinement les éclaircissements nécessaires au diagnostic.

Le col utérin forme une tumeur très perceptible, d'une hauteur de 3 centimètres sur une largeur de 3 centimètres aussi. En combinant le toucher rectal avec la palpation du ventre, on parvient à réunir le doigt introduit dans le rectum et celui que fait la palpation abdominale. Cette réunion se fait au-dessus du col utérin qui forme une encoche, d'où partent latéralement deux tumeurs allongées du volume de l'index et d'une consistance dure, tumeurs qui se prolongent assez loin. Elles se terminent par deux renflements, qui sont probablement ce que Rokitansky considère comme des poches développées dans les cornes utérines.

Nous avons donc affaire à une malformation appartenant à l'utérus bi-partitus.

Remarquons en terminant que, contrairement à la règle, le cloisonnement vaginal, se trouve en haut et s'arrête au milieu du vagin, chose qui,d'après les auteurs, se présenterait assez rarement.

(*La Clinique.*)

BLENNORRHAGIE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

Par Bald (*Med. Age*, vol. VIII, n° 12).

Bald termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Le gonocoque est le résultat, non la cause de l'inflammation blennorrhagique.

2° Un écoulement muqueux simple ou blennorrhagie latente comme on l'appelle, n'est pas infectieux.

3° Seule une gonorrhée aiguë ou subaiguë peut provoquer chez la femme une affection de même nature, avec inflammation consécutive des annexes.

4° La blennorrhagie latente de Saenger est un mythe.

5° L'état puerpéral septique est la cause la plus fréquente des affections inflammatoires du bassin de la femme.

6° Un quart seulement de ces inflammations doit être rapporté à une cause gonorrhéique.

Dr S. Frédéricq.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MODIFICATIONS DES TROMPES DE FALLOPE DANS LES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS,

Par Popoff.

L'auteur a étudié à la clinique du professeur Lebedeff cette question encore si peu connue, surtout au point de vue histologique, sur 13 trompes provenant de 7 extirpations des annexes pour fibromyomes de l'utérus : 5 trompes n'étaient pas modifiées (dans un seul cas l'absence d'altérations étant bi-latérale), 4 étaient en état d'inflammation catarrhale, 2 étaient hyperemiées, 1 atteinte d'hématosalpinx et 1 de fibrome interstitiel.

Dans quelques cas les trompes étaient obstruées par un liquide séreux ou séro-sanguin et leur orifice externe oblitéré. Les modifications des trompes peuvent donc jouer un rôle parmi les causes nombreuses de stérilité des femmes atteintes de corps fibreux de l'utérus.

(*Wratch.*, 1890, nos 49-51.)

VARIÉTÉS

—

Les femmes pharmaciens en Russie. — Le conseil de l'Empire vient d'être saisi d'un projet aux termes duquel les femmes seront admises à exercer la profession de pharmaciens. Des cours seront ouverts dans chacune des Universités russes, où les jeunes filles et les femmes, âgées de 16 ans au moins et de 40 ans au plus, seront admises à étudier la pharmacie et pourront, après trois années d'études, subir les examens en vue d'obtenir le diplôme.

—

Sur un cas d'hermaphrodisme. — M. Polaillon a communiqué à l'Académie de médecine un cas d'hermaphrodisme, dont l'observation a été complétée par l'autopsie et l'examen histologique. Il s'agit d'une femme de 25 ans qui lui a été adressée par M. Tourneux pour absence de vagin. Elle n'avait jamais été réglée.

Les organes génitaux externes étaient bien conformés. Mais, en arrière de la fosse naviculaire, le vagin n'était représenté que par une légère dépression, dont la profondeur, déterminée par la pression du

doigt, avait à peine 2 centimètres. Rien au-dessus de cette dépression n'indiquait la présence d'un utérus. Au niveau du canal inguinal existait, de chaque côté, une saillie, grosse comme une noix et ressemblant à une hernie. A droite, on sentait un corps assez dur, ovoïde, mobile, donnant, lorsqu'on venait à le comprimer, la sensation d'une douleur particulière qui partait du cœur. A gauche, la hernie contenait aussi un corps dur, mais moins volumineux, moins sensible. Ces grosseurs étaient réductibles, incomplètement à droite, complètement à gauche. On pouvait penser que ces tumeurs étaient formées par des ovaires dégénérés, inertes.

Elles pouvaient être aussi des testicules, mais M. Polaillon abandonna cette hypothèse en considérant que la jeune personne offrait tous les caractères de la féminiité.

Cette femme s'adonna à une vie galante, et les tentatives de ses amants firent ce que la chirurgie aurait pu faire. En effet, en 1888, la dépression vaginale mesurait 5 à 6 centimètres de profondeur. En 1889, elle avait 7 à 8 centimètres. En 1890, elle avait la longueur de l'index et admettait un spéculum de Cusco. La peau, ainsi refoulée entre la vessie et le rectum, avait pris une teinte rosée et la finesse d'une muqueuse.

Cette femme a succombé à une néphrite avec urémie.

A l'autopsie, faite par M. Brodier, on ne trouve ni trompes, ni ovaires. La place de l'utérus est occupée par un épaississement des tissus formant un noyau gros comme un haricot. Ce noyau est un peu au-dessus et en avant du vagin artificiel. Il en part, de chaque côté, un cordon qui va se rendre à chacun des organes contenus dans les hernies inguinales. Ces cordons sont constitués par un canal.

Les organes herniés sont enfermés dans une séreuse close. Ils sont ovoïdes ; le droit ressemble assez bien à un testicule. De chaque côté, un faisceau vasculaire, représentant l'artère spermatique et ses veines, se rend à ces organes. A la coupe la structure du testicule est assez nette.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait, en effet, de testicules atrophiés.

(*Paris méd.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus ; l'endométrite, cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage,** par le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare. Paris, Steinheil édit., 1891. (*Sera analysé.*)

II. **Diabète. — Essai de thérapeutique physiologique,** par le Dr V. Frémont. Paris, Masson, 1891.

III. **Les maladies des enfants et les eaux thermales chlorurées iodiques de Salins-Moutiers,** par le Dr C. Laissus, 1890.

IV. **Quelques formes rares de la goutte** (*Etude clinique*), par le Dr Debout d'Estrées. Paris, Levé, 1891.

V. **Loi de la position des centres nerveux,** par Alexis Julien. Paris, 1891.

VI. **Traitement des affections de l'utérus par les eaux de Salies-de-Béarn,** par le Dr P. de Lostalot-Bachoué. Orthez, 1891.

VII. **Quelques cas d'affections gynécologiques traités par le massage,** par le Dr C. Jacobs. Bruxelles, 1891. (Voir le présent no.)

VIII. **Etude d'un nouvel antiseptique, la microcidine,** par le Dr Fernand Berlioz. Grenoble 1891.

IX. **Etudes scientifiques sur le sozoiodol succédané de l'iodoforme et ses applications.** Paris, 1891.

X. **De la spécialité thérapeutique des Eaux thermales de Brides-les-Bains,** par le Dr C. Laissus.

XI. **Contribution à l'étude de l'hystérie sénile,** par le Dr Maurice de Fleury. Bordeaux, 1890.

XII. **De l'hystéropexie abdominale,** par le Dr F. Fraipont. Bruxelles, 1890.

XIII. **Rétroversion irréductible de l'utérus gravide.— Accouchement dans l'hypnotisme,** par le Dr Fraipont. Liége, 1891. (*Sera analysée.*)

XIV. **De la médication acidule,** par le Dr F. Coutaret (de Roanne).

XV. **La réforme de l'enseignement médical et des concours de médecins,** par H. Huchard. Paris, O. Berthier, 1891.

XVI. **Note sur la tolérance et la digestion de l'huile à haute dose par le tissu cellulaire sous-cutané,** par M. Burlureaux.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

83. — Traitement de la vaginite par le rétinol. — Cette substance est extraite de la colophane par distillation. C'est un hydrocarbure qui se présente sous forme d'un liquide offrant la consistance de l'huile de lin, et dont la couleur est d'un brun noir, tantôt d'un jaune doré, selon le mode de préparation. Le rétinol a une réaction légèrement acide : il s'évapore lentement à la température ordinaire. Comme toutes les substances balsamiques, il doit être considéré comme un agent antiseptique. M. Balzer propose d'ailleurs d'accroître son action thérapeutique à ce point de vue en l'additionnant d'essences diverses, de salol, naphtol camphré, etc.

Le rétinol a déjà été appliqué en Amérique au traitement de la gonorrhée, des métrites, etc. Les bons résultats qu'il a donnés doivent être attribués à son pouvoir antiseptique et à son action isolatrice.

Introduit dans le vagin il s'étale à la surface de ce conduit en le recouvrant d'une mince couche adhérente. Il suffit pour cela d'introduire, à l'aide du spéculum, après lavage de la muqueuse, un tampon d'ouate hydrophile imbibé de rétinol. Chez une quarantaine de femmes, M. Balzer a usé de ce mode de traitement et toujours il a obtenu une guérison prompte de la vaginite. Particulièrement remarquables ont été les résultats obtenus pour s'opposer, à l'aide de ce topique, à la récidive des végétations après abrasion sanglante.

Pour permettre aux malades de poursuivre seules le traitement par le rétinol, sans le secours du spéculum, M. Balzer s'est efforcé de faire préparer ce médicament sous la forme d'ovules solidifiés. Successivement il a essayé d'un mélange de rétinol et de colophane à saturation ; mais cette préparation présente l'inconvénient de former au niveau des organes génitaux externes un magma agglutinatif très cohérent. Au rétinol et à la colophane il a ajouté de la poudre de tan : ici il a rencontré les inconvénients inhérents aux poudres insolubles ; la difficulté très grande de déterger les culs-de-sac et replis de la muqueuse à l'aide de lavages. A la poudre de tan il a substitué le

borax ; dans ces conditions, l'ovule présente une fusibilité parfaite ; toutefois ce mélange est d'un contact particulièrement douloureux lorsqu'il existe des ulcérations de la muqueuse, et ne peut être supporté dans certaines vaginites aiguës très intenses.

M. Balzer se propose de poursuivre ces recherches, quant à la technique de l'emploi du rétinol. Son pouvoir antiseptique, sa composition chimique, son état liquide, enfin son défaut de causticité le rendent apte à servir d'excipient à nombre de substances médicamenteuses (*Répertoire d'obstétrique*). BALZER.

***

84. — Traitement de l'impuissance sexuelle chez la femme. (HAMMOND.) — Pour stimuler l'appétit sexuel de la femme, employer les pilules suivantes :

Extrait de chanvre indien.....	ãã 2 grammes.
Extrait de noix vomique.....	
Extrait aqueux d'aloès.....	0.6 décigram.

Divisez en 100 pilules : trois par jour.

***

85. — Gingivite des femmes enceintes. — Pinard enlève d'abord le tartre dentaire, puis applique tous les jours, sur le bord libre des gencives enflammées, à l'aide d'un instrument dont l'extrémité, enveloppée d'un bourrelet d'ouate, sert de petite éponge, la solution suivante : hydrate de chloral et alcoolat de cochléaria ãã 5 grammes. Il en résulte une eschare blanche très superficielle qui disparaît généralement en 24 à 36 heures. (*Bulletin méd.*, p. 479, 1890.)

***

86.— Emploi du bromure de potassium contre l'acné ovarienne. — Dans le *Practitioner* du mois de mai 1889, le Dr Arthur Jamison écrit qu'il a observé plusieurs cas où l'acné coïncidait avec l'irritation de l'ovaire et la ménorrhagie qui la complique, et il se demande si l'acné n'était pas, dans ces cas, l'effet de la maladie ovarienne. Il rapporte un fait très frappant, où le bromure de potassium, administré pour combattre la menstruation trop abondante, non seulement produisit l'effet recherché, mais en outre

opéra une modification remarquable dans l'état de la peau de la malade, qui était le siège d'une forme d'acné extraordinairement marquée. A la suite de l'administration de la dose de vingt grains de bromure de potassium dans une infusion de gentiane, donnée trois fois par jour, la ménorrhagie céda,et la guérison de l'acné se trouva presque complète. L'auteur conclut de ce fait qu'il faut compter parmi les causes de l'acné chez les femmes la congestion ovarienne, et que lorsque l'acné est due à cette congestion, le bromure de potassium est le meilleur médicament pour la combattre. (*The ther. Gaz.*, 15 juin 1889.)

***

87.— Le Chlorure de méthyle dans le cancer utérin. (Bouchard.) — M. le professeur Bouchard a employé avec succès, dans certains cas de cancer utérin les applications de chlorure de méthyle liquide à l'aide d'un tampon d'ouate.

Il a pu ainsi rendre aux malades la vie supportable pendant plusieurs mois. V. L.

***

88.— Traitement de la métrorrhagie.

1° *Potion à l'ergotine.*

Ergotine.....	10	grammes.
Glycérine.....	20	—
Acide salicylique.....	2	—
Eau distillée.....	75	—

M. s. a. — Une cuillerée à bouche de cette solution diluée dans trois cuillerées à bouche d'eau à injecter dans le rectum une fois par jour, après selles évacuées.

2° *Pilules d'hydrastinine.*

Chlorhydrate d'hydrastinine.....	0 gr. 05
Poudre et jus de réglisse.....	q. s. p. f.

Pilules n° 10.

D. S. — A prendre une ou deux pilules par jour (une pilule quelques jours avant les débuts des hémorrhagies et deux pilules pendant toute leur durée). (*Gaz. de Gyn.*)

***

89. — La caféine contre les hémorrhagies post partum. (Misrachi). — L'auteur recommande dans ces cas la caféine en injections sous-cutanées, qui serait beaucoup plus active que l'ergotine. C'est surtout chez des femmes ayant déjà perdu beaucoup de sang, ou toute hésitation est dangereuse, qu'il faut recourir le plus tôt possible à la caféine.

Il commence par donner l'une après l'autre 3-4 seringues de Pravaz de la solution suivante :

Benzoate de soude.....	3 grammes.
Caféine.....	2 gr. à 2 gr. 5
Eau distillée	6 gr. ou q. s. p. f. 10 gr.

M. D. S. — A injecter 6-10 seringues par jour, dont chacune contient 0 gr. 2 à 0 gr. 25 de caféine. La solution doit toujours être employée tiède.

***

90. — Traitement de la variole par le soufre. — Le Dr Iscar, un médecin espagnol, prétend avoir retiré des avantages surprenants de l'emploi du soufre dans la variole, dans des cas isolés graves et en temps d'épidémie.

Voici les formules dont s'est servi l'auteur :

1° Soufre sublimé et lavé.....	1 gramme.
Glycérine pure.....	50 centigr.

M. pour un cachet.

Le nombre des cachets à administrer dans les vingt-quatre heures dépend de l'intensité des symptômes. Beaucoup de malades adultes en ont ingéré un toutes les heures sans le moindre signe d'intolérance gastrique.

2° Soufre sublimé et lavé.....		10 grammes
Glycérine pure.....	} ãã 60	—
Eau de fleurs d'oranger.....		
Sirop simple.....	30	—

M.

Cette formule sert spécialement chez les enfants et dans les cas de dysphagie, quand les symptômes sont d'une gravité modérée. Doses : une cuillerée à café toutes les heures chez les enfants ; une cuillerée à bouche chez les adultes.

3° Soufre sublimé lavé.....	40	grammes.
Glycérine.....	150	—
Eau de fleurs d'oranger.....	50	—
Sirop simple.....	60	—

M.

Une cuillerée à bouche toutes les heures chez les adultes ; toutes les deux heures chez les enfants.

Cette formule est réservée pour les cas les plus graves.

Nous n'avons pas d'autres renseignements. Le moyen nous paraissant inoffensif, on peut l'essayer. S'il nous vient des observations nouvelles, nous en reparlerons.

(*Mon. thérap.*)

***

91. — Traitement des oxyures vermiculaires. (FORMULES ANGLAISES).

Teinture de rhubarbe.....	2 gr. 50
Carbonate de magnésie.....	60 centigr.
Teinture de gingembre.....	III gouttes.
Eau distillée.....	30 gramm.

M. S. A. — A prendre en deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Quassia amara.....	3	grammes.
Eau distillée.....	120	—

Laissez macérer vingt-quatre heures. Pour un lavement.

***

92. — Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique, par LOUIS COUTURIER. (Doin, 1890.) — L'auteur limite son étude aux résultats que donnent, dans le traitement de la métrite chronique, la dilatation et le pansement antiseptique de la cavité utérine.

Après un chapitre sur l'anatomie normale de la muqueuse utérine et quelques pages sur les lésions qu'elle présente dans l'endométrite chronique, M. Couturier étudie l'étiologie et la pathogénie de cette endométrite. L'utérus peut être infecté par différentes espèces de microbes : ceux de la blennorrhagie, ceux de la septicémie puerpérale,

ceux que la main, des canules malpropres ou la sonde des médecins non soigneux peuvent introduire dans le vagin, ceux qui, au cours d'une maladie générale infectieuse, viennent former des colonies dans l'utérus, ceux enfin de la tuberculose.

Dans le traitement de l'endométrite, trois indications parfaitement nettes s'imposent au médecin : il faut provoquer l'évacuation des liquides septiques, modifier l'état anatomo-pathologique de la cavité, rendre impossible une réinfection.

La dilatation de l'utérus, qui permet l'issue des sécrétions septiques, peut être faite rapidement, avec des bougies graduées ou bien à l'aide de dilatateurs articulés ; il paraît préférable d'obtenir la dilatation lente avec la laminaire ; on peut, du reste, combiner les deux méthodes. Naturellement, on n'introduira dans l'utérus que des instruments aseptiques après un lavage soigné du vagin.

Pour modifier l'état anatomo-pathologique de la cavité, on peut employer les caustiques, dont plusieurs, comme le chlorure de zinc, doivent être condamnés en raison des atrésies cervicales qui sont la conséquence de leur emploi, le curettage et l'écouvillonnage, et enfin les agents antiseptiques. L'auteur se montre hardiment partisan de cette dernière méthode : l'iodoforme, la glycérine créosotée et le sublimé ont eu jusqu'à ce jour la préférence des gynécologues ; de son avis, les moyens mécaniques doivent être réservés aux cas exceptionnels où les fongosités de la muqueuse utérine ont acquis un tel volume et un tel degré d'organisation, que l'on ne pourra espérer la désagrégation lente ou la régression. Je n'ai, pour ma part, aucune peine à me ranger à cette opinion ; j'ai soigné par l'antisepsie intra-utérine, plusieurs malades atteintes de métrite chronique : le résultat a été excellent ; deux fois seulement j'ai dû pratiquer le curettage.

Enfin, pour rendre impossible la réinfection de la matrice, il faut traiter ses lésions traumatiques (déchirure du col), guérir ses déviations (rétroversion, prolapsus), pratiquer, au résumé, une vraie restauration orthopédique des organes génitaux.

Ce dernier chapitre n'est point traité dans la thèse de M. Couturier.

En résumé, bon travail, bien étudié, très utile et très pratique, que beaucoup de médecins, un peu inexpérimentés des choses de la chirurgie, feront bien de lire pour se convaincre qu'ils peuvent se dispenser de curetter toutes les malades qui leur demandent des soins.

Dr Pierre Sebileau.

***

93. — Traitement des végétations non syphilitiques des organes génitaux externes.—D'après le Dr Tchernomodik, le meilleur moyen contre les végétations d'origine non syphilitique des organes génitaux externes (condylomes acuminés) serait le mélange suivant, préconisé par M. le Dr Bockhart, sous le nom de plomb caustique :

Oxyde de plomb.....	0 gr. 25
Solution de potasse caustique à 33°7.....	0 gr. 50

Mêlez. — Usage externe.

Les végétations, préalablement lavées avec un désinfectant et essuyées ensuite à sec, sont badigeonnées avec un petit tampon d'ouate, enroulé autour d'une baguette, tampon qu'on a plongé dans le mélange ci-dessus après l'avoir bien agité. Au bout de cinq minutes elles noircissent et se transforment en une masse de consistance muqueuse se laissant facilement enlever avec de l'ouate. Il en résulte une petite plaie qu'on saupoudre d'iodoforme.

Lorsque les végétations sont très volumineuses, on est obligé de les badigeonner deux ou trois fois avec le plomb caustique, ce qu'on peut très bien faire en une seule séance, pourvu que les végétations ne soient pas trop nombreuses. Dans le cas contraire, il est nécessaire de faire plusieurs séances, à des intervalles de deux ou trois jours.

Ces cautérisations étant peu douloureuses, on peut, dans la majorité des cas, se passer de cocaïne.

***

94. — Injections sous-cutanées de caféine dans le traitement des hémorrhagies puerpérales. — Misrachi recommande l'emploi des injections de caféine dans les cas d'hémorrhagie post-partum, lorsqu'il y a intérêt à agir rapidement, surtout lorsque le médecin arrive après que la patiente a déjà eu une hémorrhagie.

Suivant l'auteur, la caféine agit plus rapidement que l'ergot et produit un meilleur résultat que l'éther, bien que ce dernier soit un stimulant plus rapide. Chaque injection renferme 20 centigrammes de caféine, et l'on fait trois ou quatre injections de suite, ce qui fait au total 80 centigrammes de caféine. Pour faciliter la dissolution, on emploie du benzoate de soude, les deux substances se dissolvent dans

l'eau chaude. En résumé, la caféine injectée arrête l'hémorrhagie et agit comme stimulant ; en conséquence, l'auteur recommande de porter sur soi des paquets de benzoate de soude et de caféine.

(*Centralblatt f. Gynœcologie.*)

***

95. — Chloasma et taches de la grossesse ou autres éphélides, par M. Besnier.

Onguent de Vigo	15	gram.
Vaseline.....	15	—

Sur une mousseline qu'on recouvre de taffetas gommé.

Le matin on nettoie la peau à l'eau chaude, et, pendant le jour, n y applique une pommade composée de :

Kaolin et carbonate de bismuth.....	ââ	10 gram.
Vaseline.....		40 —

(*France Médicale.*)

***

96. — Suppositoires contre la dysménorrhée (Farlow).

Extrait de cannabis indica.....	15	milligr.
Extrait de belladone.....	15	—
Beurre de cacao.....	50	gram.

Mêlez. Pour un suppositoire. En faire cinq semblables.

Introduire un suppositoire tous les jours, à partir du cinquième jour avant les règles.

***

97. — Ipécacuanha pour activer les efforts pendant l'accouchement. — Thomas Drapes affirme que l'ipéca à l'intérieur (sous forme de *vin d'ipécacuanha* à la dose de dix à quinze gouttes répétée toutes les dix minutes) constitue un remède puissant pour provoquer des contractions énergiques de l'utérus en cas d'inertie utérine ou de rigidité du col qui menacent de prolonger indéfiniment l'accouchement. Dès la deuxième ou troisième dose surviennent des contractions utérines énergiques, se répétant à intervalles réguliers et menant rapidement à bonne fin l'accouchement. Ce qui rend l'ipéca supérieur sous ce rapport à l'ergot de seigle, c'est qu'il ne pro-

voque jamais de contracture tétanique de l'utérus si fréquente après l'administration de l'ergot. (*British med. Journal*, décembre 1890).

***

98. — Le massage abdominal dans la constipation infantile. — Karnitzki (de Kiew) a employé le massage abdominal dans 12 cas de constipation habituelle et dans 12 cas de constipation aiguë des enfants, âgés de 8 à 11 ans. Il tire les corollaires suivants de ses observations :

1° Le massage abdominal peut produire des effets sur la marche de la digestion qui ne sont en rien inférieurs à ceux des purgatifs ;

2° La constipation habituelle peut très aisément être guérie par le massage seul, sans l'emploi simultané des purgatifs ;

3° Plus l'enfant est jeune, plus la guérison est facilement obtenue ;

4° Plus l'enfant est jeune, plus les manipulations doivent être modérées et plus les séances doivent être courtes ;

5° La durée des séances doit varier de trois à dix minutes, suivant l'âge des patients. Il n'est pas à recommander de dépasser cette limite, car des séances plus longues sont inutiles et peuvent même aggraver la situation des malades ;

6° On peut sûrement regarder le massage abdominal comme le meilleur traitement de la constipation des enfants. On ne doit user des médicaments purgatifs que dans des cas tout à fait exceptionnels.

(*Gazette méd. de Liège*, n° 14, 1891).

***

99. — Traitement de la diphthérie par la glace. — M. le Dr Sevestre a expérimenté, au nom d'une commission dont il fait partie, le procédé préconisé par le Dr Bleynie (de Limoges), pour le traitement de la diphthérie : ce procédé consiste à introduire dans la bouche du petit malade un petit morceau de glace, toutes les dix minutes, sans interruption pendant la veille et pendant le sommeil (sans qu'il soit d'ailleurs nécessaire de réveiller l'enfant). On ne doit ralentir l'administration de la glace qu'après la disparition des fausses membranes. A défaut de la glace, on peut recourir à l'eau froide, donnée par petites gorgées toutes les trois minutes. Sous cette in-

fluence, d'après M. Bleynie, les fausses membranes disparaissent après quelques jours et se limitent très vite.

M. Sevestre n'a pas cru devoir employer ce procédé isolément sans l'associer au procédé de Gaucher qu'il emploie habituellement. Il ne peut donc juger d'une façon certaine ce qu'il pourrait donner ; toutefois, il lui a paru être d'une certaine utilité et en tout cas très facile à appliquer. Il lui a paru que les fausses membranes se formaient beaucoup moins vite et qu'on pouvait espacer les badigeonnages antiseptiques.

(*Soc. méd. des hôpitaux*, janvier 1891.)

***

100. — Sur l'abus de la désinfection des organes génitaux externes chez les accouchées. (Axmann.) — Il n'y a pas qu'en Angleterre où Lawson Tait et Bantock réagissent contre les antiseptiques. L'Allemagne entre aujourd'hui en rébellion.

M. Axmann est placé depuis trente ans à la tête de la Maternité d'Erfurth ; en se basant sur les résultats de son observation personnelle, il se rallie à la thèse défendue aujourd'hui en Allemagne par bon nombre d'accoucheurs et qui consiste à voir de sérieux inconvénients dans l'abus qu'on tend à faire des injections de sublimé et d'acide phénique chez les femmes en couches bien portantes. A la maternité d'Erfurth, toute femme grosse qui va subir une exploration, est préalablement baignée ; puis on lui fait une injection avec de l'eau chaude (45°). On ne permet aux élèves sages-femmes de pratiquer le toucher qu'une fois qu'elles sont bien familiarisées avec ce genre d'exploration, par les exercices sur le mannequin. Quant au reste, *le sublimé et l'acide phénique sont considérés comme des toxiques d'un emploi très dangereux entre des mains inexpérimentées.*

Les résultats constatés à la Maternité d'Erfurth, depuis qu'on procède comme il vient d'être dit, sont d'ailleurs excellents : sur un total de 1187 femmes gravides ou parturientes qui ont servi à l'instruction des élèves, 46 seulement ont présenté des élévations de température au-dessus du niveau physiologique. D'autre part, sur 59.044 accouchements faits par les sages-femmes dans le district d'Erfurth, de 1882 à 1885, 193 ont présenté des affections puerpérales, et 76 ont succombé, ce qui donne un taux de morbidité de 3,26 pour 1.000,

et un taux de mortalité de 1,28 pour 1000 ! (*Centralblatt für Gyn.*, n° 37, 1890, p. 665, et *Journal de médecine de Paris.*)

***

101. — Potion contre la broncho-pneumonie infantile. (J. Simon.)

Acétate d'ammoniaque.....	0 gr. 50 centigr.
Alcoolature de racine d'aconit....	XV gouttes.
Sirop de codéine.....	5 à 8 grammes.

F. s. a. une potion, à donner par cuillerée, d'heure en heure, aux enfants, au début de la broncho-pneumonie. — Enveloppement des jambes avec des feuilles d'ouate, cataplasme sinapisé sur le thorax, vomitif. — Plus tard, pendant la période d'état, on prescrit un vésicatoire qui, laissé en place deux ou trois heures seulement, est alors remplacé par un cataplasme émollient. Il est bon d'entretenir des vaporisations d'eau chaude dans la chambre du malade. — N. G.

***

102. — Gouttes contre la dysménorrhée chlorotique (Monin.)

Alcoolat de mélisse.....	ãã 15 grammes.
Teinture de safran.....	
Teinture d'iode.....	

Mêlez. Douze gouttes avant les deux principaux repas, pendant deux mois. Tous les huit jours, un bain chaud additionné de 125 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

***

103. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. — L'intervention thérapeutique doit être énergique d'après M. E. Besnier et consister tout à la fois dans l'administration des toniques et des agents spécifiques.

1° Médication tonique. — Bonne alimentation, sirop d'iodure de fer, préparations de quinquina ;

2° Médication spécifique. — Tous les jours administrer une des pilules suivantes :

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 01
Extrait thébaïque.....	0 005
Extrait de gentiane.....	0 005
Glycérine.....	q. s.

Pour une pilule.

3° En même temps prescrire l'iodure de potassium de la dose de 0 gr. 50 à 1 gr.

Le traitement se continue pendant toute la durée de la grossesse et l'augmentation du poids de la malade est la mesure de son efficacité.

***

104. — Ergotine dans la gonorrhée. — Roicki considère l'ergotine comme un excellent moyen de guérir rapidement la gonorrhée chronique. Il l'administre simultanément à l'intérieur en pilules et en injections uréthrales, suivant la formule suivante :

Ergotine.....	30 centigr.
Eau distillée.....	300 gram.

Faire plusieurs injections par jour.

Ces injections sont très bien supportées. Le même traitement est applicable dans les hémorrhagies de l'urètre.

(*Viadomosci Lekarski*, 1890.)

***

105. — Traitement de l'éclampsie post-partum. — Le Dr Strisover conseille des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine contre l'éclampsie post-partum.

Il cite dix observations à l'actif de ce traitement sans aucun cas de mort.

Il se sert d'une solution ainsi composée :

Chlorhydrate de pilocarpine.....	0 gr. 5.
Eau.....	4 gram.

dont il injecte une seringue de Pravaz entière.

L'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le chlorhydrate de pilocarpine est un remède sûr contre l'éclampsie ;

2° La faiblesse cardiaque n'est pas une contre-indication à la ré-

pétition des injections de pilocarpine, lorsque les accès éclamptiques reparaissent ;

3° Le rétrécissement anormal de la pupille indique que le processus morbide n'a pas disparu et annonce l'imminence de nouveaux accès.

(*Mediz-Obroz.*, n° 1, 1891).

***

106. — Pommade contre la cystite du col chez la femme.

Lanoline camphrée.....	30 gram.
Extrait de belladone.....	2 —

M.

Pour enduire un tampon d'ouate que l'on introduit, matin et soir, dans le vagin.

Interdire les épices, l'alcool et surtout la bière. Lavement avec six gouttes de laudanum. Tisanes d'uva ursi, genièvre, bourgeons de sapin, eau de goudron.

(*Formulaire* du Dr Monin.)

***

107.— Pilules contre l'aménorrhée. (Winton.)

Bichlorure d'hydrargyre.....	20 cent.
Arséniate de soude.....	20 —
Surlfate de strychnine.....	10 —
Carbonate de potasse pure ..... }	ãã 3 gr.
Sulfate de fer desséché..... }	

M. s. a. et divisez en 60 pilules. Une pilule après chaque repas.

***

108. — Traitement de la coqueluche par la vaccination. — Le docteur Cachazo ayant eu à vaccciner un enfant qui était atteint de coqueluche, remarqua que, presque immédiatement après la vaccination, il se fit un amendement considérable dans la coqueluche. Ce fait lui donna l'idée d'expérimenter l'action du virus vaccin dans cinq cas extrêmement graves de cette maladie. Il a publié le résultat de ses expériences dans les *Wiener Medicinische Blætter* du 16 oc-

tobre 1890. Quatre de ces cinq malades étaient dans un tel état qu'on avait des craintes sérieuses pour leur vie. Les attaques convulsives étaient presque continues et s'accompagnaient de suffocation imminente par les vomissements et les émissions de sang par la bouche et le nez. Le docteur Cachazo vaccina chacun de ces malades, et aussitôt que les symptômes fébriles de la vaccination se manifestèrent, la scène morbide fut entièrement modifiée. La toux cessa presque entièrement, prit un simple caractère catarrhal, et disparut tout à fait au bout de huit ou dix jours. L'auteur a complété le traitement en soumettant les malades à des inhalations d'une solution d'acide phénique au centième, en se fondant sur l'opinion de Theile, qui admet que les microbes de la coqueluche siègent, non dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, mais superficiellement dans le mucus, de telle sorte que les inhalations antiseptiques les atteignent et les tuent facilement. Du reste, il ne cherche point à expliquer le mode d'action du virus vaccin sur la coqueluche. (*The therap. Gaz.* du 15 décembre 1890.)

***

109. — Traitement du prolapsus du rectum chez l'enfant. — On sait avec quelle fréquence le prolapsus du rectum se montre chez l'enfant, bien que l'adulte et le vieillard surtout n'en soient pas exempts. Toutefois chez l'enfant il s'agit d'une affection bénigne qui guérit facilement en général. Voici comment M. Phocas résume le traitement du prolapsus, qui doit être différent selon l'âge auquel on observe l'affection. Toutes les méthodes thérapeutiques employées contre la chute du rectum s'adressent à l'un des deux facteurs de l'affection : à la tumeur rectale ou à la sortie de la tumeur, c'est-à-dire au sphincter de l'anus. De là deux grandes méthodes et une infinité de procédés médicaux ou chirurgicaux.

On agit sur la tumeur prolapsée par le repos, en constipant le malade, en prenant des précautions au moment de la défécation en réduisant le prolapsus ou en le modifiant à l'aide des astringents, des caustiques, du thermo-cautère, en excisant la tumeur, en la fixant au bassin (rectopexie) ou en la réduisant par attraction à la manière de Jeannel.

On s'adresse au sphincter par les bandages et les appareils qui maintiennent la réduction obtenue. On agit sur le muscle par l'électricité, des injections de strychnine, d'ergotine, l'excision des plis ra-

diés. Les cautérisations ponctuées de Guersant ont pour effet de rétrécir le passage.

Chez l'enfant, la bénignité relative de l'affection commande d'abord des moyens de douceur, ce n'est qu'après un insuccès qu'il faut recourir aux méthodes plus actives. On peut mettre en usage le procédé recommandé par Allingham et par Delens. On badigeonne la tumeur avec un pinceau imbibé d'acide nitrique concentré, on réduit et on maintient la réduction à l'aide d'un bandage, après quoi on constipe l'enfant pendant quatre ou cinq jours. L'application de quelques pointes de feu au thermo-cautère, faites au niveau du sphincter a pour effet d'exciter le muscle à se contracter, tandis qu'après la chute des eschares, ces cicatrices contribueront à resserrer l'orifice anal. Dans le cas cité par M. Phocas (*Gazette des hôpitaux*, n° 27, 1891) la cautérisation paraît avoir beaucoup contribué à la guérison en excitant les contractions réflexes du sphincter qui avait repris sa tenacité.

(*Paris méd.*).

FORMULAIRE

—

Du massage de la région lombo-sacrée dans la dysménorrhée des jeunes filles (Jules Chéron).

Jusqu'à ces derniers temps, l'embarras du praticien était toujours assez grand lorsqu'il était consulté pour des phénomènes dysménorrhéiques se produisant chez des jeunes filles. Sans doute, on arrivait à diminuer un peu les manifestations douloureuses au moyen des analgésiques administrés à l'intérieur et, au besoin, sous forme de lavements, lorsqu'il existait, ce qui n'est pas rare, une intolérance plus ou moins grande de l'estomac, au moment des époques. Sans doute, l'usage de l'hydrothérapie, et des bains stimulants, employés d'une façon régulière en dehors des époques menstruelles, contribuait encore à rendre moins pénible la dysménorrhée, mais c'était un traitement à continuer indéfiniment, et dès qu'on l'interrompait pour quelques mois, les douleurs reparaissaient aussi intenses et aussi prolongées qu'auparavant.

Cet insuccès relatif de la thérapeutique classique se comprend bien quand on sait que la dysménorrhée, chez les jeunes filles, est presque toujours due à une double cause :

1° A l'étroitesse de l'orifice externe du col, lésion-mécanique contre laquelle nous sommes désarmés, et surtout 2° à la congestion chronique de l'utérus qui, en boursouflant et en tuméfiant la muqueuse du canal cervical applique les deux faces de cette muqueuse l'une contre l'autre et rétrécit encore davantage la filière par laquelle doit passer le sang menstruel.

Après avoir eu maintes fois l'occasion de constater que le massage de la région lombo-sacrée est la méthode la plus rapide et la plus efficace pour combattre la congestion utérine, après avoir noté surtout que la décongestion produite par ce massage était beaucoup plus durable que celle qu'on obtient par l'hydrothérapie et par les bains stimulants, j'ai pensé à utiliser cette notion dans le traitement de la dysménorrhée chez les jeunes filles.

J'ai donc soumis au massage tous les cas de ce genre qui se sont présentés à mon observation depuis quelque temps. Le massage de la région lombo-sacrée, suivant la technique habituelle : frictions, pressions, pétrissage, hachures, tapotements, etc., était fait une fois par jour dans la période intermenstruelle.

Si le massage est pratiqué régulièrement une quinzaine de fois avant les époques, on voit presque toujours les règles surprendre les malades et l'écoulement s'établir d'emblée, sans grandes douleurs, alors qu'auparavant il y avait deux ou trois jours de douleurs extrêmement pénibles avant l'apparition de l'écoulement menstruel. C'est que la malade n'a plus d'autre cause de dysménorrhée que l'étroitesse de l'orifice externe ; le canal cervical est devenu perméable par la suppression de la congestion et l'obstacle n'a plus qu'une étendue très restreinte par rapport à ce qu'il était au commencement du traitement. Dès lors, les douleurs sont réduites au minimum.

On peut, dès ce moment, d'après ce que j'ai observé, considérer les malades comme guéries au moins pour un temps assez long et je n'ai pas vu encore se produire jusqu'ici de récidive complète ; ma première observation remonte déjà à deux années.

Ces résultats m'ont, en conséquence, paru trop encourageants pour n'être pas communiqués à nos lecteurs.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Contagiosité de l'urèthrite chronique, son role dans la stérilité.

Chargé depuis une vingtaine d'années d'un service spécial à l'hospice Saint-Lazare, j'ai toujours attaché une grande importance à la blennorrhagie non-seulement dans ses formes aiguës et récentes mais encore dans ses formes chroniques, anciennes, atténuées. Je considérais comme un fait absolument prouvé par l'observation clinique que la femme atteinte de blennorrhagie chronique (vagin, utérus, urèthre) était susceptible de donner à l'homme ayant des rapports avec elle une blennorrhagie aiguë, franchement virulente. Bien plus, je voyais ce dernier contagionné incomplètement guéri, conservant la goutte militaire et la croyant sans danger d'aucune sorte, apporter l'infection au foyer familial, donner à sa femme une vaginite, une métrite cervicale blennorrhagique, une endométrite totale, une pelvi-péritonite même susceptible de compromettre pour longtemps la santé de cette malheureuse femme exposée à rester stérile d'une façon irrémédiable.

Aussi n'ai-je pas été peu surpris, il y a quelques années, lors de la discussion soulevée à l'Académie de médecine sur la prophylaxie des maladies vénériennes par la répression de la prostitution et sur la réorganisation de Saint-Lazare, de voir que le rôle de la blennorrhagie était considéré comme insignifiant par les orateurs

les plus autorisés et que personne ne semblait se préoccuper des conséquences sociales de l'infection blennorrhagique.

Et cependant, il y a bien des années que les gynécologistes admettent la contagiosité de l'uréthrite chronique : Nœggerath a l'un des premiers établi ce fait important que ce qu'il appelle la gonorrhée latente de l'homme, c'est-à-dire la blennorrhagie en apparence guérie depuis un certain temps, même depuis deux ans, peut infecter un vagin sain, provoquer un écoulement, donner lieu à une endométrite et même se propager jusqu'au péritoine pelvien.

« Un homme a, dit-il, contracté une blennorrhagie. Quoique la maladie semble avoir disparu sans laisser après elle la moindre trace, le malade peut néanmoins propager l'infection à un moment donné. La jeune femme jusqu'alors bien portante, commence à se plaindre quelques semaines après son mariage. Il lui devient plus difficile de vaquer à ses devoirs domestiques, et la marche, qui auparavant ne lui causait aucun fatigue, lui cause un sentiment de lassitude ; la menstruation devient plus abondante et il survient des douleurs pelviennes pendant les premiers jours des règles ; un léger écoulement vaginal persiste après chaque période et augmentant graduellement, il se continue bientôt dans l'intervalle de deux périodes menstruelles. Quelques mois plus tard surviennent des douleurs plus intenses, localisées en général d'un côté du bassin et enfin la malade est obligée de s'aliter et de réclamer l'assistance médicale par le fait de la fièvre, des douleurs pelviennes, de l'augmentation, de l'écoulement. Suivant la gravité de l'accès, elle devra garder le lit pendant des semaines, pendant des mois, perdant ses forces, luttant pour son existence même, enfin arrivant lentement à la guérison mais pour rester stérile et invalide pour le reste de ses jours. »

Vers la même époque que Nœggerath, Lawson Tait (2) publiait des observations d'ovarite blennorrhagique dont le diagnostic

(1) Nœggerath. Latent gonorrhœa especially with regard to its influence on Fertility in Women. *Amer. Gyn. Trans.* vol. I.

(2) *British Médical Journal*, 1873.

se trouva confirmé plus tard par l'ablation des annexes qui montra l'existence d'un double pyo-salpinx et d'une ovarite chronique. Depuis lors, l'habile chirurgien de Birmingham n'a cessé de rechercher l'influence de la blennorrhagie sur les inflammations des annexes et, dans la dernière édition de son traité (1), il consacre de longues pages à la discussion de cette importante question.

Tout récemment, M. Bazy (2) s'est franchement rallié à la contagiosité de l'uréthrite chronique et a publié à l'appui de cette opinion quelques observations que nous allons résumer : La première est un cas d'endométrite purulente chez une jeune femme mariée depuis un an ; le mari avoua s'être marié alors qu'il était porteur de la petite goutte matutinale à laquelle il n'attachait aucune importance et dont il pensait n'avoir pas à s'occuper d'autant plus qu'elle était intermittente. L'examen local démontra chez lui de l'uréthrite antérieure et postérieure.

La seconde observation est également celle d'un jeune marié atteint, lui aussi, d'une petite goutte qui date de longtemps et, qui, avant son mariage, était intermittente, de préférence matutinale, mais quelquefois ne se montrant pas de plusieurs jours. Depuis le mariage, elle était devenue plus constante et surtout plus abondante. Ce malade fut trouvé porteur de deux rétrécissements ; il avait donné à sa femme une vaginite très intense.

Le troisième fait est analogue au précédent : vaginite très intense causée par une métrite chronique réduite à un suintement matutinal insignifiant.

La conclusion de M. Bazy est que l'uréthrite chronique sous forme de goutte militaire, sous forme de suintement, peut-être même sous forme d'uréthrite postérieure seule et sûrement sous forme d'uréthrite postérieure avec petites poussées intermittentes du côté de l'urèthre antérieur, l'uréthrite chronique sous n'importe laquelle de ses formes peut être contagieuse. Elle doit donc

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franç. Paris, 1891, p. 493 et suiv.

(2) L'uréthrite chronique est-elle contagieuse ? *Le Bulletin médical*, 1891, p. 527.

être traitée jusqu'à guérison complète, au lieu d'être considérée, ainsi que cela arrive trop souvent, comme absolument négligeable.

Pour ma part, je ne compte plus les cas de contagion de l'uréthrite chronique de l'homme, j'ajouterai d'après mon observation personnelle et d'accord avec celle de Nœggerath, de Sinclair et de Lawson Tait, que la vaginite est peut-être la manifestation la plus rare de l'infection blennorrhagique, lorsque le mari est simplement atteint de goutte militaire. Le plus souvent l'utérus est infecté d'emblée sans qu'il n'y ait ni vulvite, ni uréthrite, ni vaginite, et alors les choses se passent différemment suivant les cas.

Chez un grand nombre de malades, tout se borne à une endométrite cervicale de forme purulente, qui, si elle n'est pas traitée à temps, donne lieu à toute la série des lésions que j'ai réunies et décrites sous le nom d'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. La stérilité en est souvent la conséquence, surtout lorsqu'il se produit des valvules du canal cervical et lorsque l'écoulement est abondant, mais cette stérilité est facile à guérir alors même que l'affection est très ancienne, et j'ai obtenu ainsi des grossesses heureuses chez des femmes mariées depuis 5 ans, 10 ans et même davantage et qui n'avaient pu devenir enceintes jusqu'à la restauration du canal cervical.

Souvent aussi, à l'endocervicite soit presque simultanément avec elle, soit quelques années plus tard, il se joint de l'endométrite de la cavité utérine. Les ménorrhagies et les métrorrhagies viennent, dans ce cas, s'ajouter aux pertes leucorrhéiques. La stérilité existe encore, soit absolue, lorsque l'endocervicite est très accentuée, soit sous la forme d'avortements à répétition lorsque l'endocervicite est légère et permet la fécondation. C'est qu'alors le canal cervical est resté perméable, mais la muqueuse de la cavité utérine, hypertrophiée et inégale, ne permet pas à l'ovule fécondé de se greffer d'une façon solide et, soit vers le 2e mois, soit vers le 3e ou le 4e mois, l'avortement se produit. Le curettage de la cavité utérine permet alors la guérison et de l'en-

métrite et de la stérilité ; j'ai réuni un grand nombre de faits de ce genre.

Enfin, il arrive, dans bien des cas, que l'infection ne s'arrête pas à la cavité utérine et qu'elle gagne rapidement les trompes, les ovaires, le péritoine.

En voici un fait très démonstratif que j'ai observé, il y a deux ans environ :

Une jeune fille de 17 ans que je connais depuis l'enfance épousait, il y a 2 ans, un jeune homme plein de vigueur et de santé âgé de 26 ans ; une dizaine de jours après son mariage, la jeune femme me faisait appeler se plaignant de douleurs dans le ventre, avec nausées, malaises, et un peu de fièvre : 38°4. Avant le mariage elle souffrait au moment des époques et avait aussitôt après celles-ci d'abondantes pertes blanches nullement purulentes, pendant 2 ou 3 jours. Je crus d'abord à une grossesse mais la fièvre persistant ainsi que les douleurs, je commençai à croire à un accident pelvien. J'examinai par le palper et le toucher combinés et je reconnus aussitôt l'existence d'une masse grosse comme une grosse orange occupant tout le cul-de-sac latéral gauche. Après huit jours de frissons, de malaise et de fièvre, il s'écoula brusquement par l'utérus la valeur d'un grand verre de pus, ce qui mit fin aux malaises, aux douleurs et amena la disparition de la fièvre. Entre temps, j'avais examiné ma malade au spéculum et j'avais reconnu une évolution morbide de la muqueuse du canal cervical sous la forme d'ectropion double. Aussitôt après l'évacuation de cette grande quantité de pus, l'examen bi-manuel démontra que la masse latérale avait considérablement diminué de volume. Je m'empressai de rechercher du côté du mari la cause de cette infection subite si rapprochée du début du mariage, je demandai à voir le linge que je trouvai maculé de très petites taches vertes et jaunes. Le mari me dit qu'il savait bien qu'il avait la goutte militaire mais qu'il n'y avait attaché aucune importance, comme d'ailleurs la plupart de ses amis. L'examen bactériologique permit de reconnaître la présence des gonocoques dans la sécrétion matutinale du mari que j'engageai à se débarrasser de son écoulement chronique, ce qu'il

fit d'ailleurs aussitôt en se confiant aux soins d'un habile spécialiste. Tous les deux sont arrivés presque en même temps à une guérison radicale et le fait le plus intéressant est que la jeune femme est, en ce moment-ci, grosse de 7 mois, mais pour obtenir une guérison radicale, j'ai dû pratiquer le curettage de la cavité utérine et faire l'ablation des deux ectropions.

J'ai vu récemment un fait semblable dans lequel la grossesse survint peu de temps après le curettage de la cavité utérine dans un cas d'endométrite avec tubo-ovarite consécutives à une infection blennorrhagique très nette, bien que le mari eût uniquement un suintement matutinal intermittent.

En résumé, la blennorrhagie latente chez l'homme est une cause fréquente d'infection des voies génitales de la femme. Qu'il y ait endométrite cervicale seulement ou endométrite cervico-utérine ou endométrite compliquée de lésions des annexes, la stérilité est très souvent la conséquence de cette infection. Il est nécessaire d'ajouter cependant, comme correctif de l'appréciation un peu pessimiste de Lawson Tait, que, d'après mon observation personnelle, cette stérilité n'est pas irrémédiable non-seulement dans le cas d'endométrite sans complication des annexes, mais encore dans bien des cas de tubo-ovarite consécutive.

Il ne faudrait donc pas se croire autorisé à pratiquer la castration tubo-ovarienne dans les cas où l'affection n'est pas trop ancienne sous prétexte que la patiente est sûrement stérile, car nous n'avons aucun moyen d'investigation qui nous permette d'affirmer que tout espoir de conception est absolument perdu.

J. Chéron.

ÉTUDE DE L'HÉMORRHAGIE

Dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus (1)

par le Dr Jules Batuaud,

Ancien interne de Saint-Lazare.

Qu'elles surviennent pendant la période menstruelle (*ménorrhagies*) ou pendant la période intercalaire (*métrorrhagies*), les hémorrhagies utérines sont un des symptômes les plus importants des affections de l'utérus en général. Les pertes de sang abondantes effraient en effet les malades plus que tout autre trouble fonctionnel local en même temps que leur fréquence, les troubles graves de la santé qui en peuvent être la conséquence en font une des préoccupations les plus légitimes du médecin.

Les tumeurs fibreuses de la matrice sont, de toutes les affections de cet organe, une des causes qui provoquent le plus souvent les hémorrhagies utérines. « La présence des fibromes utérins, dit Emmet (2), est la cause locale la plus commune de l'irrégularité et de l'exagération du flux menstruel », et cette opinion est confirmée par tous les auteurs.

Pour préciser davantage, c'est surtout à partir de l'âge de 25 ans que les tumeurs fibreuses de la matrice doivent être soupçonnées quand on constate des pertes de sang exagérées provenant de l'utérus.

Si l'on se reporte en effet aux tableaux de Sneguireff (3), on voit que l'hémorrhagie est due à une tumeur fibreuse :

(1) Extrait d'un mémoire intitulé : *Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage.* Paris, Steinheil 1891.

(2) Emmet, *La pratique des maladies des femmes*. Trad. franç., Paris, 1887, p. 147.

(3) Sneguireff, *Hémorrhagies utérines*. Trad. franç., Paris, 1886, p.34.

au delà de 45 ans, dans 25 % des cas ;
de 35 à 45 ans, dans 23 % ;
de 25 à 35 ans, dans 16 % ;

enfin au-dessous de 25 ans, dans 6 % seulement des cas d'hémorrhagie utérine en général.

La fréquence des ménorrhagies et des métrorrhagies, dans le cas de tumeur fibreuse, est du reste variable jusqu'à un certain point suivant le siège de la tumeur (interstitiel, sous-séreux ou sous-muqueux). En règle générale on admet que les fibromes sous-péritonéaux n'exercent que peu ou pas d'influence sur l'écoulement menstruel et que celui-ci se prolonge d'autant plus et devient d'autant plus abondant que la tumeur proémine davantage dans la cavité.

C'est ainsi que sur 25 cas que Mc-Clintock (1) eut l'occasion d'examiner, 14 s'accompagnaient d'hémorrhagie, dans 11 cas au contraire ce symptôme manquait ; or, 5 de ces derniers cas se rapportaient à des tumeurs franchement sous-péritonéales ou interstitielles tandis que l'hémorrhagie était habituelle dans les tumeurs sous-muqueuses.

Routh (2) a analysé 61 cas dans lesquels le siège de la tumeur était noté. Dans 13 cas, l'état de la menstruation n'était pas indiqué, il restait donc 48 cas à étudier. De ces derniers :

34 *s'accompagnaient de ménorrhagie*, savoir : 1 tumeur interstitielle, 5 intra-murales, 4 sous-muqueuses, 10 intra-utérines, 5 situées dans la paroi antérieure (dans un cas la tumeur proéminait dans la cavité utérine), 1 dans la paroi postérieure (proéminant dans la cavité utérine), 1 extra-utérine ;

14 *ne s'accompagnaient pas de ménorrhagie*, savoir : 1 tumeur interstitielle, 1 intra-murale (la malade n'avait jamais été réglée et les trompes de Fallope furent trouvées oblitérées après la mort), 4 situées dans la paroi antérieure (une de ces tumeurs avait fermé l'orifice utérin, dans un autre cas la ménopause exis-

(1) Mc. Clintock, *Clin. mem. on Diseases of Women*. Dublin, 1883, p. 125.

(2) Routh, Path. Diagn. and Treat. of Fibrous Tumours of the Womb. (*Med. Soc. of London*, 1863). — London 1864, p. 72.

tait depuis 2 ans) ; 2 situées dans la paroi postérieure (l'une de ces tumeurs proéminait dans la cavité mais l'orifice interne était oblitéré), 5 extra-utérines (grossesse dans le dernier cas).

La statistique de Winckel (1) est beaucoup plus nette. L'intensité, la fréquence et la durée des hémorrhagies sont nettement en rapport, d'après cet auteur, avec le siège des myomes. En effet, ce symptôme ne faisait défaut, dans les observations qu'il a pu réunir, que dans :

8,5 % des myomes sous-muqueux et pédiculés dans la cavité utérine ;
17 % des myomes intra-muraux ;
enfin 25 % des myomes sous-séreux.

Il est donc bien établi que les hémorrhagies ne sont pas un symptôme constant des tumeurs fibreuses et cette constatation est pleine d'intérêt ; ne permet-elle pas en effet de penser que ce n'est pas la tumeur elle-même qui crée les pertes sanguines, mais bien une complication des myomes ? Ne doit-on pas supposer aussi que cette complication doit être fréquente, puisque les hémorrhagies sont elles-mêmes un fait habituel ? Autant de questions auxquelles il sera répondu dans le cours de ce travail.

Mais, avant cela, comment se présentent au point de vue clinique les hémorrhagies utérines chez les malades qui portent un fibro-myome ?

a. Type métrorrhagique.—Siredey et Danlos (2) nous apprennent qu'une tumeur fibreuse se révèle parfois d'emblée par une métrorrhagie abondante surprenant une femme en pleine santé.

Le fait est exceptionnel d'après la plupart des auteurs et d'après les relevés que j'ai faits moi-même des nombreuses observations de fibromes recueillies, depuis onze ans, à la clinique de mon maître, M. le Dr Chéron.

Hart et Barbour (3) affirment même que jamais l'hémorrhagie

(1) F. Winckel, Uber myome des utérus, etc. *Sammlung Klin. Vortrœge*, n° 98. Leipzig, 1876, p. 20.

(2) Siredey et Danlos, article Utérus du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. 37, Paris 1885, p. 691.

(3) Hart et Barbour, *Manuel de gynécologie*, trad. franç. Paris, 1886, p. 417.

ne débute par une perte de sang brusque comme dans le cancer de l'utérus ; on la prend d'abord, disent-ils, pour une simple augmentation de l'écoulement menstruel.

b. Type ménorrhagique avec ou sans avance des règles. — On voit en effet le plus souvent, dans les tumeurs fibreuses comme dans l'endométrite, les règles, d'abord régulières et d'abondance moyenne, devenir progressivement plus longues et plus abondantes. Le début est donc insidieux dans la majorité des cas.

Au bout d'un certain temps de règles exagérées, mais sans avances, la périodicité des menstruations est elle-même modifiée ; elles ont de la tendance à reparaître, chaque mois, de quatre à sept jours plus tôt que le terme normal.

Souvent l'écoulement sanguin, très abondant pendant une huitaine de jours, diminue sans cesser complètement pendant la semaine suivante ; il en résulte alors que, si le retour des règles est précoce, les malades n'ont guère que huit à dix jours de repos tous les mois, ce qu'elles expriment en disant qu' « elles sont continuellement dans le sang ».

c. Type ménorrhagique à redoublement. — Un autre type menstruel qu'on observe quelquefois dans les tumeurs fibreuses et dont je vois en ce moment-ci, un exemple, est le type suivant :

Les règles paraissent toutes les trois semaines : Pertes très abondantes les 5 à 6 premiers jours ; diminution progressive de l'écoulement pendant 3 ou 4 jours, puis, brusquement, perte assez abondante qui dure encore 2 à 3 jours. Huit à dix jours se passent sans hémorrhagie puis la même succession de phénomènes se reproduit.

d. Type métrorrhagique régulier ou type des règles doublées. — De temps en temps on voit des malades atteintes de fibrome dont les règles sont à peu près régulières, sans avances, mais avec exagération de la quantité de sang perdu et qui ont, à peu près chaque mois, une métrorrhagie au milieu de la période intercalaire. Elles disent habituellement qu'elles « sont réglées deux fois par mois ».

e. Type métrorrhagique irrégulier. — Enfin, dans certains cas, avec ou sans ménorrhagie constante, il y a, à intervalles

plus ou moins éloignés, à la suite de fatigues plus grandes, à la suite d'émotions, ou bien même à la suite d'excès sexuels, une métrorrhagie plus ou moins sérieuse, mais isolée, qui ne se reproduit pas le mois suivant à moins que la malade ne fasse une nouvelle imprudence.

Il est intéressant de noter que les différents types qu'on rencontre dans les tumeurs fibreuses à forme hémorrhagique se retrouvent avec une fréquence relative à peu près identique dans l'endométrite, si bien que d'après l'analyse du symptôme hémorrhagie pris isolément, il est impossible de différencier ces deux affections l'une de l'autre. Il est bon d'ajouter cependant qu'en règle générale la quantité de sang perdu à chaque hémorrhagie est plus considérable dans le cas de tumeurs fibreuses, surtout dans celles qui déterminent un agrandissement notable de la cavité utérine, mais je le répète à dessein, les mêmes types hémorrhagiques se rencontrent avec la même fréquence dans les deux cas.

Une autre remarque doit être faite également : dans les tumeurs fibreuses comme dans l'endométrite simple, il est fréquent d'observer des écoulements leucorrhéiques qui précèdent, qui suivent les hémorrhagies ou qui alternent avec elles. D'après M. Walton (1) qui a bien mis en relief l'importance de l'endométrite dans les tumeurs fibreuses, on constate presque toujours, lorsque l'on fait un interrogatoire scrupuleux, qu'un des premiers troubles utérins a été la leucorrhée. Les observations de la clinique de M. Chéron sont tout à fait confirmatives de cette assertion du distingué gynécologiste de Bruxelles. Il est d'ailleurs facile de se rendre compte journellement que, chez les malades atteintes de fibromes utérins, la leucorrhée est fréquente et que ce symptôme est d'autant plus marqué que les hémorrhagies ont une durée moindre, quelquefois même son importance est supérieure à celle des hémorrhagies. On pourrait dire qu'il y a des *fibromes leucorrhéiques* et des *fibromes hémorrhagiques* de

(1) A. Walton, *Contribution à l'étude du traitement des fibromes de la matrice.* — Gand, 1869, p. 25.

même qu'il y a des endométrites leucorrhéiques et des endométrites hémorrhagiques, la forme mixte étant, dans les deux cas, la forme la plus habituelle, avec prédominance toutefois des écoulements sanguins sur les écoulements séreux.

D'après Sneguireff (*loc. cit.* p. 77), on peut dire en règle générale que :

1° Plus il y a d'hémorrhagies, moins il y a de leucorrhée ;

2° Plus il y a de douleurs à l'époque des règles, plus il y a de leucorrhée ;

3° La leucorrhée s'observe le plus souvent avec des fibromes sous-séreux et interstitiels, ce n'est pas un signe de grande valeur.

La première conclusion de Sneguireff est indiscutable ; la seconde souffre des exceptions assez nombreuses, d'après ce qu'il m'a été donné d'observer ; quant à la troisième, elle est exacte, mais elle demande à être complétée par la connaissance de l'importance du symptôme. Walton (*loc. cit.*, p. 25) insiste avec raison sur ce fait que la leucorrhée peut exister seule sans hémorrhagie et constituer alors le seul symptôme trahissant l'existence de l'endométrite. J'ai eu l'occasion de voir, il y a quelque temps, une malade portant plusieurs fibromes interstitiels qui n'a jamais eu ni ménorrhagie ni dysménorrhée, mais qui est en revanche sujette à un écoulement séro-purulent très abondant et continu. Cet écoulement avait déterminé une irritation extrême de la vulve, du périnée et de la région sacrée qui n'étaient qu'une vaste plaie quand j'ai vu la malade. Elle était devenue très anémique, épuisée par la persistance de cet écoulement, et son teint terreux rappelait celui des sujets qui portent un vaste foyer purulent. Dans ce cas, la leucorrhée était évidemment le symptôme capital.

L'abondance, la durée et la répétition des hémorrhagies dans les tumeurs fibreuses finissent par compromettre sérieusement la santé des malades qui présentent alors tous les signes de l'anémie grave.

Comme les chlorotiques, ces malades ont la face bouffie, la peau luisante, blafarde et jaunâtre ; les lèvres, les gencives, les conjonctives, les muqueuses en général sont exsangues et décolorées ; les paupières inférieures sont souvent œdémateuses, le

matin au réveil. L'œdème des jambes existe également dans les cas graves, surtout au niveau des malléoles. La malade se sent prête à défaillir au moindre effort, une émotion suffit à provoquer des palpitations, le moindre exercice amène de l'essoufflement, la fatigue est pour ainsi dire continue. Enfin, dans les cas les plus graves, la malade épuisée, à bout de sang, tombant en syncope pour la cause la plus futile, est confinée au lit ou à la chambre, incapable de supporter la plus légère fatigue. Les observations ne sont malheureusement pas très rares de femmes opérées ainsi, dans l'état de santé le plus précaire, qui meurent d'épuisement à la suite de la myomotomie, malgré tous les soins qu'a pris le chirurgien pour réduire au minimum la perte de sang pendant l'opération.

Ce fait bien connu est un argument sérieux en faveur du mode de traitement dont il sera question plus loin. Si ce traitement était plus souvent mis en œuvre et surtout d'une façon plus précoce, on ne verrait plus, dans le cas de tumeurs fibreuses, ces anémies graves dont nous venons de rappeler la description, et, si l'on croyait nécessaire de procéder à la cure radicale, celle-ci du moins serait entreprise dans des conditions de santé générale augmentant de beaucoup les chances de succès.

DU CURETTAGE COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT

Dans les affections péri-utérines

Par le Dr Manuel Cuellar, de Sucre (Bolivie).

—

Depuis que l'on a établi la nature infectieuse des inflammations péri-utérines, on devait chercher le moyen d'attaquer le foyer d'entrée et le centre de propagation de ces infections dans l'utérus.

Mais malgré la connaissance de cette nature infectieuse, malgré le jour qui a pu être jeté sur la pathogénie des affections péri-utérines, bien des points sont encore obscurs, dans l'histoire

de ces affections, les symptômes en sont souvent difficiles à reconnaître ; le diagnostic difficile à établir. Comment au milieu de ces difficultés est-on arrivé à prôner énergiquement telle ou telle méthode de traitement, à l'exclusion d'autres, opposer par exemple le curettage à la salpingotomie ? On est en droit de se demander si l'on n'a pas obéi à une trop grande tendance à généraliser.

Nous nous proposons d'étudier sur un certain nombre de faits, appartenant aux auteurs, ou dus à l'obligeance de nos maîtres et de nos amis, la valeur du curettage dans certaines affections péri-utérines, essayer d'y reconnaître des indications et des contre-indications, montrer qu'elles sont les modifications utiles dans le manuel opératoire du curettage de l'utérus, destiné à traiter ces cas particuliers.

L'infection de l'utérus causée par les microbes, soit ceux de l'infection puerpérale, soit ceux de la blennorrhagie, soit toutes les variétés des microbes de la suppuration vivant dans le vagin, ou apportés de l'extérieur, telle est aujourd'hui la cause universellement reconnue des affections inflammatoires de l'utérus.

Si l'infection reste localisée dans cet organe, on se trouve en présence des variétés de métrite, dans le traitement desquelles le curettage de la muqueuse infectée, trouve son application pour ainsi dire directe. Mais la plupart du temps, avant que le traitement soit porté sur l'utérus malade, ou même dans certains cas, avant que celui-ci ait été jugé nécessaire, l'infection s'est rapidement propagée aux organes voisins : trompes, ovaires, tissu cellulaire péri-utérin, péritoine des ligaments larges.

Cette propagation, rapide ou lente, trouve son explication dans les rapports intimes de contiguité et de continuité, dans les rapports de circulation sanguine ou lymphatique, qui existent entre l'utérus et ses annexes. Nous n'avons pas à rapporter ici les travaux et les discussions qui ont établi l'histoire de ces propagations. Elle peut se résumer dans la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie en 1889. Deux opinions se trouvaient en présence : l'une défendue par M. Lucas-Championnière tendait à établir que les infections des annexes de l'utérus, trompes et

ovaires, ligaments larges, se faisaient en ayant pour point de départ l'utérus, des ligaments larges vers l'ovaire, de l'ovaire vers la trompe, en revenant par elle à l'utérus, par la voie lymphatique. A cette opinion, MM. Trélat, Terrier, Quénu, opposèrent une théorie rendant la muqueuse utérine, salpingienne, et l'ovaire, tributaires les uns des autres.

Les recherches récentes de M. Poirier (1), paraissent avoir tranché le différend, en démontrant que les lymphatiques du corps de l'utérus gagnaient en sortant de cet organe des ganglions spéciaux sans passer par les trompes et les ovaires, ne permettant ainsi que des propagations par les muqueuses.

Le fait dominant de toutes ces discussions, c'est que l'utérus est aujourd'hui universellement considéré comme le centre, le foyer d'origine des infections péri-utérines. D'où la naissance de la méthode du curettage de l'utérus pour le traitement de ces infections péri-utérines.

Mais si l'on y regarde de près, la question de ces affections ou infections péri-utérines n'est pas aussi simple, aussi nette qu'on serait porté à le croire, les symptômes sont profonds, le diagnostic difficile et les indications différentes.

Nous ne sommes plus au temps, où l'on discutait seulement pour savoir s'il y avait phlegmon péri-utérin, ou pelvi-péritonite exclusivement, qui de Valleix, Nonat, Gallard d'un côté, de Bernutz, Goupil de l'autre avait raison ; il est démontré aujourd'hui que les deux parties avaient raison, lorsqu'ils n'étaient pas exclusifs, et qu'ils avaient tort, tous les deux, quand ils étaient exclusifs. Aujourd'hui on s'entend davantage en anatomie pathologique, mais le diagnostic présente toujours les grandes difficultés.

Ces préambules posés, voyons quels sont les auteurs qui ont songé à attaquer les affections péri-utérines par le curettage, et quelles variétés d'affections péri-utérines ; en d'autres termes l'histoire, les indications et le manuel opératoire du curettage pour les affections péri-utérines.

Munde (2) dans un travail publié en 1883, rapporte une obser-

(1) Poirier, *Progrès médical*, 1889, passim.

(2) Munde, *American journal of obstetrics*, vol. *XVI*, oct. 1883.

vation, où il fit le curettage pour salpingite, mais cela resta un fait isolé, inaperçu, et l'opération devait n'être reprise que plus tard et érigée en méthode.

Walton (1), en 1887, est le véritable propagateur de la méthode : « Au risque de déchaîner contre nous des nouvelles tempêtes, dit-il, nous n'hésitons pas à proposer ce moyen (le curettage) pour combattre la pelvi-péritonite, moyen en somme beaucoup moins grave et moins dangereux que celui employé couramment par Tait (salpingotomie).

Pour Walton la pelvi-péritonite est l'inflammation du péritoine pelvien et des organes qu'il contient. La métrite a été suivie de salpingite, la salpingite de péri-salpingite et de pelvi-péritonite. Curetter l'utérus c'est enlever la cause, supprimer la métrite, supprimer la salpingite et en supprimant celle-ci faire disparaître péri-salpingite et pelvi-péritonite.

L'année suivante 1888, Poullet (2) présenta à la Société Médicale de Lyon un travail vantant les avantages de cette méthode pour les paramétrites. La même année Doléris (3), dans un travail paru dans les *Nouvelles Archives*, attaque les conclusions de Poullet, en admettant le traitement porté sur l'utérus pour les affections de la trompe et non pour la paramétrite.

« Toucher, dit-il, à l'utérus avant la guérison de cette complication (paramétrite), ce serait plus qu'une imprudence, ce serait une faute injustifiable, dont les exemples ne manquent pas ».

En 1888, aussi, M. Delbet (4) publiait dans le *Bulletin de la Société anatomique* des observations du service de Trélat où le curettage avait été fait pour des lymphangites péri-utérines.

L'année suivante un autre élève de Trélat, Cantin (5) dans sa

(1) Walton, *Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite, son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus*, 1888.

(2) Poullet, *Société de médecine de Lyon, Lyon médical*, 8 février 1888 et suivants.

(3) Doléris, *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, avril 1888.

(4) Pierre Delbet, *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 35e fascicule 1888.

(5) Cantin, *Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement par le curettage*. Thèse 1889.

thèse et Potherat (1) à la Société anatomique, apportaient de nouvelles observations de curettage, pour affections péri-utérines.

En même temps que des travaux défendaient et prônaient cette méthode de traitement, d'autres la repoussaient. Un élève de M. Doléris, Boureau (2), dans sa thèse, dit formellement, qu'il faut se garder de porter témérairement une curette dans l'utérus toutes les fois qu'il existe un état inflammatoire aigu ou subaigu de l'utérus, ou des annexes. Mélik (3), Fournier (4) expriment les mêmes opinions. Despréaux (5) dans sa thèse nous dit : « Dans les cas où il existe une inflammation des annexes, la contre-indication du curettage est formelle, que cette inflammation soit aiguë ou chronique, etc. »

Enfin, M. Pozzi pose les indications de curettage dans ces cas.

Dans son remarquable mémoire, Walton, ainsi que le titre de son ouvrage l'indique, propose le curettage pour la pelvi-péritonite en l'opposant à la salpingotomie ou opération de Tait. Or il est très naturel de se demander immédiatement ce que l'auteur entend par pelvi-péritonite ; au milieu d'une revue bibliographique fort importante sur l'histoire des inflammations péri-utérines, il manque peut-être quelque chose de précis sur la définition de la pelvi-péritonite. « Sous le nom de cellulite pelvienne, dit l'auteur (6), de phlegmon des ligaments larges, d'engorgement péri-utérin, d'inflammation péri-utérine ou circum-utérine, d'inflammation des annexes, d'abcès pelvien, « de péritonite pelvienne ou pelvi-péritonite », de métro-péritonite, de périmétrite et de paramétrite, on comprend un ensemble d'affections inflammatoires, variant par leur intensité, par leur siège et par leurs manifestations cliniques, mais identiques, quant à leur pathogénie. »

Walton semble comprendre, sous le nom de pelvi-péritonite

(1) Potherat, *Soc. méd. prat.* de Paris, juillet, 1888.
(2) Boureau, thèse de Paris, 1888.
(3) Léon Mélik, thèse de Paris, 1887.
(4) A. Fournier, thèse de Paris, 1887.
(5) Paul Despréaux, thèse de Paris, 1888.
(6) *Loc. cit.*, p. 4.

toutes les inflammations circonscrites ou diffuses, aiguës ou chroniques du petit bassin. Dans son chapitre, « symptômes et diagnostic » (1), nous trouvons la conclusion suivante : « Espérant être parvenu à établir la relation qui existe entre la maladie des trompes et les masses ou indurations pelviennes dont nous nous occupons, il est à peu près inutile d'en décrire les symptômes. Nous avons tout simplement à nous en référer aux symptômes et aux signes indiqués dans l'un ou l'autre ouvrage récents, traitant de la cellulite pelvienne et de la péritonite pelvienne ; rappelons-nous seulement ceci : « Chaque fois que les symptômes et les signes de la septicémie existent indubitablement, nous devons nous attendre à reconnaître l'existence d'une inflammation cellulaire primitive ; mais en l'absence de pareils symptômes, nous sommes en droit de douter de l'existence de la cellulite, etc. ».

La distinction importante à établir, suivant cet auteur, est de savoir si l'on a affaire à une pelvi-cellulite, ou à une pelvi-péritonite. Car cette dernière est la conséquence d'une salpingite. Or, si le pus est dans la trompe, la dilatation de l'utérus en permet l'évacuation, et, par suite, la guérison. Le curettage agit de même sur l'utérus et empêche la reproduction de la salpingite. Pour le même auteur, ainsi qu'il nous le dit, les symptômes de la péritonite et de la cellulite chronique mériteraient le nom de symptômes de la salpingite et de la péritonite chronique.

Toutefois, la distinction est importante à faire, car la dilatation de l'utérus a bien plus sa raison d'être dans le cas d'abcès tubaire que dans un abcès franchement cellulaire. Voici, d'après M. Walton, le diagnostic différentiel de ces deux affections par Hart et Babour que nous reproduisons pour mieux le commenter.

DIFFÉRENCES.

Pelvi-péritonite.	**Pelvi-cellulite.**
1° Affection inflammatoire principalement limitée au péritoine pelvien.	1° Affection inflammatoire principalement limitée au tissu cellulaire pelvien.
2° Ordinairement général,	2° Ordinairement latérale.

(1) WALTON, *loc. cit.*, p. 63.

c'est-à-dire à l'entour de l'utérus.	
3° Pas toujours de nature septique.	3° Ordinairement de nature septique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

1° Douleur violente.	1° Douleur pas très forte.
2° Les deux jambes de la malade sont rétractées.	2° Ordinairement une seule jambe se rétracte.
3° Effusion ferme aplatie, sans proéminence dans le cul-de-sac et autour de l'utérus. Tuméfaction symétrique de l'effusion séreuse derrière l'utérus. Longueur du col normale.	3° Effusion ferme, faisant ordinairement saillie dans l'un des culs-de-sac latéraux. Le col paraît alors plus court d'un côté.
4° Ne s'étend pas le long du ligament rond et dans la fosse iliaque, mais peut affecter tout le péritoine.	4° L'exsudation ou le pus s'étend dans les directions déterminées et se trouve ordinairement localisé.
5° L'utérus est déplacé en avant ou n'a pas changé de place.	5° L'utérus est ordinairement déplacé latéralement.
6° Les vomissements sont fréquents.	6° Les vomissements sont moins fréquents.

« Etabli sur de pareilles bases, le diagnostic différentiel doit souvent être difficile (1), car il est rare que les symptômes différentiels soient aussi nettement tranchés. Dans le doute, tout en ne méconnaissant pas la possibilité d'une coïncidence avec un certain degré de cellulite, l'expérience nous enseigne à pencher plutôt vers la pelvi-péritonite. »

En somme, nous ne trouvons pas une grande précision dans ce que l'auteur entend par pelvi-péritonite ; pourtant, ses conclusions sont fermes, et il conclut que les inflammations péri-utérines sont la conséquence d'une inflammation intra-utérine ; l'in-

(1) WALTON, *loc. cit.* p. 65.

flammation de la muqueuse utérine est toujours d'origine microbienne ; il faut curetter pour détruire la muqueuse utérine et le microbe qu'elle porte ou le gîte du microbe. « Il est illogique d'attaquer d'emblée, directement la péritonite et les annexes enflammés ; il est plus logique de combattre la cause qui engendre leur maladie, c'est-à-dire l'endométrite. Il est probable que les causes enlevées, les effets disparaîtront. »

« La dilatation constitue un drainage, un élargissement de l'orifice des trompes, suivi de leur évacuation ; la rupture de certaines fibres amène la décongestion des ligaments larges et des ovaires, elle produit l'élongation des nerfs qui amène la cessation des spasmes et des douleurs.

Le traitement que nous opposons à la pelvi-péritonite, ne s'oppose pas à une intervention ultérieure plus énergique encore, la laparotomie, dans le but d'enlever les reliquats de la maladie, le dernier chaînon du processus morbide. »

Notre but n'est pas de combattre cette méthode de traitement ; notre intention est d'étudier, faits en mains, quelles sont ces indications.

La rapide analyse du mémoire de Walton que nous venons de donner démontre presque sans commentaires combien ses indications sont encore peu nettes.

Une discussion s'est élevée au commencement de cette année à la Société de chirurgie au sujet des indications du curettage pour endométrite, et les avis ont été très partagés sur la question de savoir si les affections des annexes, constituaient une indication ou une contre-indication au curettage.

Parmi les causes d'insuccès du curettage pour endométrite, M. Bouilly (1) fait entrer la lésion préexistante des annexes et il a pu, dit-il, dans quatre cas invoquer nettement cette cause de non réussite. Ces quatre cas comprenaient trois fois des lésions suppuratives de la trompe pour lesquels la laparotomie dut être faite plus tard, et une fois la dégénérescence scléro-kystique des ovaires « entraînant après l'opération des écoulements et des douleurs que la médication intra-utérine est incapable de guérir

(1) Séance du 19 février 1890.

en pareil cas » et comme conclusion « le curettage ne m'a donné que des résultats incertains quand il y a eu coexistence de lésions appréciables des annexes ».

M. Terrillon ne donne pas une opinion beaucoup plus favorable. Il considère le curettage dans les endométrites compliquées de lésions des annexes, comme insuffisant, et sur douze observations il n'a jamais constaté d'amélioration du côté des annexes ; il conclut en disant que cette application du curettage est encore à l'étude.

M. Lucas-Championnière estime que le curettage pour salpingo-ovarite, est non seulement inefficace mais dangereux, « c'est pour moi, dit-il, une raison de le rejeter entièrement ».

M. Segond déclare qu'il a pratiqué six fois le curettage de l'utérus pour des endométrites accompagnées de lésions des annexes, et il a eu six insuccès. Dans le troisième cas, il a dû pratiquer la double castration.

M. Terrier a obtenu des améliorations et quelquefois la disparition des douleurs et de la tuméfaction lorsqu'il a curetté l'utérus et qu'il n'y avait avec l'endométrite qu'un début de salpingite. Mais il n'a obtenu aucun résultat dans les cas où la salpingite était appréciable ou bien confirmée ; « ce n'est, dit-il, qu'exceptionnellement qu'il en est autrement ». M. Bouilly reprend la parole pour dire que le curettage, dans ces cas (affections péri-utérines) ne donne des résultats que lorsqu'il s'agit d'un léger degré de salpingite. Mais, ajoute-t-il, si les tumeurs salpingiennes sont volumineuses et l'écoulement muco-purulent, il est bien évident qu'il ne peut être d'aucune ressource.

Dans la séance suivante (26 fév.), M. Trélat déclare, à la suite d'une belle statistique de curettage pour endométrite, qu'on a des insuccès, lorsque les annexes sont malades, mais il ne veut pas considérer les lésions tubaires comme une condition absolue de non réussite; il rapporte cinq observations de guérison et il donne l'observation résumée de l'un de ces cas.

Observation I.

Jeune femme de 28 ans, qui mariée à 22 ans avait vu s'exagérer

immédiatement après, des phénomènes douloureux utérins et péri-utérins qui existaient déjà auparavant.

Pendant six années il en fut ainsi et dans les derniers mois les accidents condamnaient la malade au lit. On constatait chez cette femme, outre les symptômes ordinaires de l'endométrite, l'existence de deux tumeurs volumineuses siégeant de chaque côté au niveau des annexes. Avant de procéder à une laparotomie qui paraissait nécessaire, un *curettage* fut pratiqué en novembre 1888 et il eut pour effet de faire disparaître immédiatement les douleurs, de tarir l'écoulement utérin, et un mois plus tard on constatait l'absence de tout point douloureux dans les culs-de-sacs, la disparition de la tumeur tubaire du côté gauche, et seulement du côté droit, une légère grosseur du volume d'un haricot. Enfin, comme résultat de ce curettage, notre malade devenait bientôt enceinte et accouchait en novembre 1880.

M. Routier a fait 5 fois le curettage pour des salpingites, il a eu 5 insuccès.

M. Terrillon a pratiqué 12 fois le curettage pour des métrites compliquées de salpingites. Les résultats ont été absolument nuls.

M. Richelot, sur 70 curettages utérins, a eu 17 insuccès qui étaient des métrites compliquées de lésions tubaires ou ovariennes. 14 de ces malades ont dû subir secondairement l'ablation des annexes. Il estime que la vraie cause des échecs du curettage est le plus souvent due à la présence des complications pelviennes de la métrite.

Dans la séance du 5 mars, M. Trélat rappelle qu'il a soutenu que le curettage pouvait être effectif non pas dans tous les cas de salpingite, mais dans certains cas de salpingites douloureuses. Selon lui, il y a incontestablement des résultats négatifs, mais il y a aussi des faits positifs qui prouvent que la cure des métrites peut avoir de l'influence sur les lésions des annexes. Il termine sa communication en disant qu'il est de toute nécessité de faire un diagnostic complet et qu'il y a lieu, en présence d'une endométrite compliquée de salpingite, de recourir tout d'abord, sauf

dans les cas urgents, au curettage : en cas d'échec, on procéderait alors à l'ablation des annexes.

Dans la séance du 12 mars, M. Pozzi dit, que si la métrite est accompagnée de salpingite, il est nécessaire de déterminer quelle est la variété de cette dernière. Le curettage n'a pour lui d'action que sur la salpingite catarrhale aiguë ; il devient dangereux si l'affection est suppurée.

En résumé, tous les chirurgiens que nous venons de citer, à l'exception de M. Trélat, repoussent le curettage pour le traitement des affections péri-utérines. MM. Terrier et Pozzi font une réserve pour les cas des salpingites au début, ou de salpingite catarrhale.

Ces divergences d'opinions montrent que cette question a besoin d'être encore étudiée. Il nous a semblé, en interrogeant les diverses observations qui ont été publiées touchant les indications du curettage et de son efficacité dans les traitements des salpingites, que quelques-unes d'entre elles ne renferment pas les données d'un diagnostic précis de la lésion péri-utérine ; d'autres présentent le grand inconvénient de n'avoir pas été suivies un certain temps après l'opération, pour apprécier si les résultats obtenus ont été durables.

Or, pour poser les indications et les contre-indications d'une méthode thérapeutique, il est indispensable de poser nettement le diagnostic des affections contre lesquelles elle est dirigée ; en second lieu, il faut que les effets produits par le traitement soient constatés un assez long temps après l'opération.

Nous allons essayer de démontrer que la plupart des faits publiés sur cette question pèchent souvent sur ces deux points et qu'on ne pourra tirer des faits une conclusion rigoureuse que lorsqu'on possédera un certain nombre d'observations renfermant nettement le diagnostic et les résultats éloignés.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 12 *mai* 1891.

DE L'INFLUENCE DES NŒUDS DU CORDON SUR LA CIRCULATION FŒTALE.

Sous ce titre, M. Lefour (Bordeaux), fait une communication basée sur des recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales, et qui aboutit aux conclusions suivantes :

Les nœuds du cordon peuvent parfois amener la mort du fœtus, surtout si à l'action du nœud s'ajoute celle d'une compression exercée sur lui.

La mort peut alors se produire de deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire ; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire. Par conséquent, dit l'auteur, si nous reconnaissons que, dans la grande majorité des cas, les nœuds du cordon sont sans influence notable sur la vie du fœtus, grâce à l'énergie cardiaque, nous ne saurions admettre avec Cazeaux, par exemple, que jamais ces nœuds n'ont déterminé la mort. C'est là une affirmation trop absolue qui pourrait peut-être avoir, en médecine légale, des conséquences regrettables.

(*Le Bull. méd.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 *mai* 1891.

M. Quénu, à propos du procès-verbal, mentionne les essais faits dans son service avec la *Pyoctanine*. Dans deux cas de ganglions tuberculeux, il a obtenu une amélioration évidente. Dans deux cas de cancers, les résultats ont été bien moins bons. Dans un cas d'épithélioma du maxillaire inférieur, il y a eu un œdème considérable de la face et des douleurs après les injections. Dans

une récidive de lymphosarcome, on a constaté, à l'autopsie, après dix injections, que le centre seul des tumeurs était ramolli. La coque n'avait point été pénétrée par le liquide et la matière colorante n'avait pas agi à distance. Il y a, en somme, peu à attendre de la pyoctanine dans les cas de tumeurs malignes.

Séance du 13 *mai* 1891.

M. Terrillon fait un rapport oral sur une communication de M. Tuffier ayant trait à une *grossesse extra-utérine traitée par la laparotomie*. Il s'agit, en réalité, d'une grossesse *abdominale* siégeant en avant de l'utérus, chez une femme de 34 ans ayant déjà eu deux enfants. Ce qui détermina M. Tuffier à opérer, ce fut l'existence d'une petite tumeur abdominale accompagnée de douleurs revenant par accès et d'écoulements sanguins par le vagin. On sentait, adhérente à la paroi antérieure, une grosse tumeur, difficile à diagnostiquer quant à sa nature. On reconnut, pour tout diagnostic, que ce n'était pas un fibrome, et fit une incision exploratrice. On trouva, le ventre ouvert, un lithopœdion de trois mois, libre dans la cavité péritonéale, puis une cavité kystique vide, dont une partie était occupée par les restes du placenta. La poche s'était rompue sans déterminer de graves accidents. Guérison sans encombre. Ce cas est intéressant, en raison de la persistance du fœtus, devenu même tout à fait calcifié. On sait, en effet, d'après les curieuses recherches de Léopold, que généralement tout fœtus qui tombe dans l'abdomen est résorbé. (*Progrès méd.*).

Séance du 3 *juin* 1891

DISCUSSION SUR LES HERNIES INGUINALES DE LA FEMME.

M. Berger. — Les hernies inguinales que j'ai observées chez la femme se divisent en deux groupes de faits : 1° Les hernies manifestement *acquises*, dont le sac est libre de toute adhérence, partout facile à isoler, puisqu'ici il n'y a pas de cordon à ménager ; 2° Les hernies *congénitales*, dont le sac est très adhérent au ligament rond. La séparation du sac et du ligament est difficile et l'on ne parvient souvent à isoler de ce côté qu'un feuillet séreux pas plus épais que de la baudruche et aussi transparent. Ce

qui prouve que dans ces cas il s'agissait bien de hernie congénitale, c'est que dans deux d'entre eux il trouva, en avant du sac, dans la grande lèvre, des kystes du canal de Nuck, qu'on appelle hydrocèle de la femme. Dans la dissection assez laborieuse qu'on a à faire dans ces cas, il importe peu qu'on enlève un peu du ligament rond. Parfois, au cours de l'opération, on peut attirer à l'extérieur la trompe, qu'il a eue plusieurs fois sous les doigts ; mais il n'a jamais vu l'ovaire. Le *Manuel opératoire*, auquel M. Berger a recours, diffère un peu de celui de M. Championnière. Le sac étant réséqué, il passe les deux chefs de la ligature qui étreint le collet de ce sac, l'un en dedans, l'autre en dehors, à l'aide d'une aiguille mousse, à travers les parois abdominales par le procédé de Barker. En étreignant cette ligature, on attire le pédicule en haut, au-dessus du point où peut se produire un infundibulum : on remplace de la sorte la dépression normale par une saillie. En même temps on diminue ainsi les dimensions de la partie supérieure de l'anneau inguinal profond. Avant la dissection du sac jusque dans le ventre, M. Berger commence par inciser l'aponévrose du grand oblique dans toute l'étendue de la paroi antérieure du canal inguinal, de façon à bien voir le collet du sac. Après avoir ouvert le trajet, il fait récliner en haut le bord inférieur du petit oblique qui adhère au collet du sac. La partie postérieure du trajet inguinal étant en général amincie, M. Berger reconstitue d'abord cette paroi postérieure. Pour cela, il fait une suture en surjet ou à points entrecoupés, réunissant d'une part la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope, d'autre part l'aponévrose du transverse (le tendon conjoint des Anglais). Cette série de sutures fronce la paroi profonde du trajet et détermine une union très solide entre ces diverses parties fibreuses. Il se sert de soie, le catgut se résorbant trop vite. Ceci fait, il laisse revenir le petit oblique (chez l'homme il a eu soin de laisser libre l'orifice par où le cordon sort de l'abdomen) et suture ensuite l'aponévrose du grand oblique, de façon à obtenir une cicatrice fibreuse solide à la place de la paroi défoncée. C'est là le procédé de Bassini (*Congrès de Chirurgie allemande de* 1889) qui l'a employé plus de 250 fois, complété par celui de Barker. Pour M. Berger, cette manière de faire, plus complexe en vérité, fournit de meilleurs résultats thérapeutiques que le procédé de M. Championnière.

M. L. Championnière. — Avant de se prononcer pour tel ou tel procédé, il faut attendre que l'on ait un nombre de cas ; de même en ce qui concerne la fréquence relative des hernies acquises et congénitales. Sur 14 cas, 12 fois il a trouvé le sac adhérent au ligament rond ; c'est dire que dans la grande majorité des cas la hernie semble congénitale. Mais le sac est bien plus difficile à isoler du ligament rond que ne l'a dit M. Berger ; cette dissection a été absolument impossible dans presque tous les cas où l'adhérence existait. Si on tentait de la faire, on ne parvenait à isoler qu'une sorte de revêtement épithélial, qui se détachait par parcelles sans aucune consistance. Aussi, le plus simple est-il de disséquer à la fois sac et ligament et de couper ligament et sac le plus haut possible dans le ventre. Pour lui, les lésions des annexes sont très intéressantes dans ces hernies-là ; les annexes sont souvent altérées ou atrophiées ; d'autres fois, la trompe et l'ovaire adhèrent au sac, ce qui peut expliquer certains tiraillements douloureux. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que cette hernie, chez la femme comme chez l'homme, soit liée à un mode spécial dans le développement des organes génitaux. Le repiquage du sac, à la façon de Barker, ne présente pas, à son avis, un grand intérêt. Il faut fendre tout le canal inguinal, aller à la recherche du péritoine abdominal et non pas seulement du collet de la hernie et faire de grandes surfaces cruentées ; mais il est inutile de fixer le pédicule à l'abdomen. Il continue à préférer le catgut qui, s'il est suffisamment gros, ne se résorbe pas très vite. La suture des piliers ne sert presque à rien. Bassini fend la paroi postérieure du trajet inguinal un peu flasque pour la reconstituer ensuite. D'après M. Championnière, il n'y a aucune raison pour fendre cette paroi, surtout chez la femme où elle a une épaisseur spéciale, où elle peut servir de piédestal à la hernie. La suture méthodique des deux parois du trajet est aussi une manière de faire un peu théorique. Ce sont là des détails exagérés. Une bonne dissection, de larges surfaces cruentées, voilà ce qui importe. D'ailleurs, les résultats de la cure radicale de la hernie chez la femme sont bien meilleurs encore que chez l'homme, ce qui se conçoit facilement.

M. Berger a opéré 7 fois des hernies inguinales chez la femme : dans 3 cas il s'agissait de hernie congénitale ; 1 fois il y avait hernie inguino-interstitielle, de même congénitale ; dans 3 autres

faits, la hernie était acquise et le sac libre d'adhérences. Il n'attache, il est vrai, qu'une faible importance à la modification de Barker; mais, à son avis, le procédé de Bassini constitue un progrès ; n'est-ce pas une suture à étages et ne sait-on pas que dans la laparotomie cette suture permet de mieux reconstituer la paroi abdominale. (*Le Progrès méd.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mai.

KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE.

M. Baudron a assisté, le 6 mai dernier, M. Pozzi dans une laparotomie chez une femme de 28 ans, ayant déjà eu deux grossesses, et qui présentait depuis trois mois et demi des signes de grossesse. Elle avait été prise quelque temps avant l'opération de douleurs vives, sans fièvre. Le col était ramolli et entr'ouvert. On avait fait des diagnostics divers : M. Pozzi porta celui de grossesse ectopique et ouvrit le ventre. Il tomba sur un kyste ovarique gauche, à pédicule tordu de droite à gauche. Il y avait en même temps une grossesse utérine. La malade a avorté quarante-huit heures après l'opération et elle est morte subitement le lendemain. Pas d'autopsie.

(*Bull. méd.*)

CONGRÈS ALLEMAND DE GYNÉCOLOGIE.

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE.

M. Lohlein a pu réunir 325 cas d'éclampsie observés sur 52,335 accouchements, soit 1 cas pour 161 accouchements. — La mortalité a été de 19 p. 100 ; elle s'est du reste abaissée depuis plusieurs années.

Les phénomènes consécutifs ont été des symptômes du côté du système nerveux central, des psychies et des maladies des reins. Ces dernières ont été observées dans 22 cas dont 11 ont passé à l'état chronique.

Dans un cas, M. Lohlein n'a constaté la présence d'aucun microbe dans le sang, ni dans les urines.

Très souvent on intervint chirurgicalement et l'opération césarienne a été faite dans un certain nombre des cas recueillis par l'auteur. C'est la dernière chance de sauver la mère, bien que l'éclampsie ne cesse pas toujours après l'extraction de l'enfant ; le pronostic est assez bon pour l'enfant pour que l'on puisse y recourir quand il souffre. Quand on le peut, il vaut mieux inciser le col.

La morphine à hautes doses a été conseillée par Veit ; elle donne d'assez bons résultats et la mortalité s'abaisse à 13,8 p. 100.

M. Schmorl signale l'existence, dans le foie des éclamptiques, de foyers hémorrhagiques soit autour de la veine porte, soit autour des capillaires (1). Souvent, il y a des déchirures dans les parois des vaisseaux. Il se fait des embolies qui sont produites par des cellules spéciales, qui, d'après Klebs, partiraient du foie et d'après Schmorl, du placenta.

L'opinion des membres du Congrès a varié relativement à l'emploi de l'opération césarienne dans l'éclampsie. Pour MM. Kaltenbach et Chrobak, il ne faut y avoir recours que dans des cas exceptionnels. M. Gusserow préfère le plus souvent faire les incisions du col de Duhssen, puis terminer ensuite l'accouchement. M. Muller regarde l'opération comme indiquée quand les convulsions apparaissent pendant la grossesse.

Comme traitement médical, M. Chrobak préfère le chloroforme à la morphine.

CARCINOME DE L'UTÉRUS.

MM. Hoffmeier et Léopold (rapporteurs). Le carcinome utérin est toujours un épithélioma atypique. Celui du col est assez rare et le plus généralement les tumeurs que l'on regarde comme provenant du col viennent de l'épithélium de la muqueuse vaginale ; du reste, la distinction n'a que peu d'importance, puisqu'il faut faire l'hystérectomie dans les deux cas. L'endométrite de la muqueuse du corps est très fréquente dans le carcinome du segment inférieur.

(1) M. Pillet, en France, a constaté les mêmes faits et ses recherches ont déjà été analysées dans l'*Union*.

M. Hoffmeier a décrit deux origines pour le carcinome du corps, selon qu'il vient de l'épithélium superficiel ou de l'épithélium glandulaire. Dans le premier cas, le cancer se propage surtout en s'étendant superficiellement ; dans le second, il présente un aspect glandulaire ; les cellules polymorphes remplissent les cavités des glandes qui se prolongent dans le tissu musculaire et vont jusqu'à la séreuse. La paroi musculaire ne serait envahie que tardivement. Pour le diagnostic, l'examen histologique de parcelles sera fort utile ; il ne permettra pas de distinguer le carcinome de l'adénome malin, mais le traitement est le même.

M. Léopold a décrit une forme papillaire du carcinome du corps. En même temps que le muscle est envahi et que les parties superficielles se réunissent, il se forme des papilles volumineuses très nombreuses et très vasculaires. Les prolongements atypiques de l'épithélium dans les glandes et le tissu musculaire permettent le diagnostic étiologique.

Le carcinome du corps se développe de préférence chez les nullipares ou chez les femmes qui n'ont eu que peu d'enfants ; souvent l'âge est assez avancé. Les principaux symptômes sont des hémorrhagies, des écoulements fétides et des douleurs revêtant la forme de coliques utérines. La cavité de l'utérus est agrandie et la muqueuse malade dure et inégale.

M. Veit croit que le carcinome du col est plus fréquent que celui de la portion vaginale. Dans quelques cas, la tumeur semble provenir du tissu conjonctif.

M. Abel insiste sur les difficultés du diagnostic histologique fait sur des parcelles. Lorsqu'à la place de la muqueuse on trouve des séries de rangées de cellules épithéliales non canaliculées, il est évident qu'il s'agit d'un carcinome superficiel. Mais, si la production a un aspect glandulaire, on ne peut savoir s'il s'agit d'un adénome malin qu'en constatant que les glandes envahissent le tissu musculaire, constatation qui est fort difficile au début.

SUR LA BLENNORRHAGIE.

M. Wertheim a pu avec des cultures de pus blennorrhagique provoquer chez les animaux une péritonite blennorrhagique : d'autre part, la culture du pus de salpingite inoculée dans l'urèthre d'un homme a reproduit la maladie.

Pour M. Bumm, le gonocoque ne siège que dans les parties superficielles des muqueuses. Il s'ensuit qu'il ne peut donner naissance à des affections graves des annexes et du péritoine ; dans les abcès des glandes de Bertholin, il n'y a pas de gonocoques ; quand on injecte ces derniers sous la peau, ils disparaissent. La blennorrhagie ne dépasse guère l'orifice interne du col. Ce n'est que dans 0,9 p. 100 des cas que les trompes sont atteintes.

M. Donn croit avoir observé un cas de blennorrhagie buccale chez un nouveau-né âgé de 8 jours. Il y avait des érosions du palais et de la langue, et en même temps une conjonctivite blennorrhagique. Les ulcérations renferment le gonocoque que l'on a pu cultiver.

AFFECTIONS DES ANNEXES.

M. Martin préconise la chirurgie conservatrice dans le traitement des affections des annexes chez la femme. Il pratique la résection des ovaires et des trompes. Pour cette dernière, on ouvre la cavité, on l'évide et on fait un nouvel orifice abdominal. Dans la résection de l'ovaire, on a le plus généralement à enlever des petits kystes ou des follicules hypertrophiés, en même temps que, de l'autre côté, il faut faire l'ovariotomie. Des grossesses peuvent alors survenir par la suite. M. Martin a vu survenir une grossesse dans un cas où il avait fait la résection de la trompe d'un côté et l'extirpation des ovaires du côté opposé.

Pour M. Zweifel, comme pour M. Martin, il ne faut faire la résection de la trompe que quand le contenu de cette dernière est inoffensif pour le péritoine. Il a eu un cas de mort par péritonite, par suite de l'infection de la séreuse par du liquide qui avait passé à travers le nouvel orifice.

Peut-être, d'après M. Chrobak, l'opération pourrait-elle favoriser la grossesse extra-utérine.

M. Landau s'élève contre la résection des trompes. Rétablir la communication de la trompe avec le péritoine est une grave imprudence dans la plupart des cas. Si une blennorrhagie se produit chez une femme ainsi opérée, elle court de grands dangers.

M. Hoffmeier a obtenu de bons résultats en faisant la castration dans les myomes. Il a pu constater dans ses opérations que les ovaires étaient blancs, fermes, nettement atrophiés. Cependant les hémorrhagies offraient encore l'apparence de la menstruation. Les tumeurs disparaissent le plus souvent à la suite de la castration.

M. Muller insiste sur ce point que les myomes ne régressent pas toujours au moment de la ménopause. Il est des cas où les premiers symptômes de la tumeur apparaissent à ce moment ; d'autres, où l'accroissement continue comme si la menstruation n'avait pas cessé. Il ne faut donc pas se croiser les bras en présence d'accidents, en attendant la diminution spontanée des myomes.

Pour M. Veit, la régression qui suit la ménopause est réelle, mais elle ne se produit qu'après quelques années.

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE.

M. Skutsch admet deux formes d'endométrite : l'endométrite hémorrhagique avec règles très abondantes et quelquefois pertes dans l'intervalle des périodes ; l'endométrite catarrhale dans laquelle il y a une hypersécrétion considérable. Dans l'endométrite hémorrhagique, le mieux est de faire le curettage ; dans la forme catarrhale, dilater le col, puis faire des injections intra-utérines. La méthode de Vulliet, qui consiste dans l'introduction de gaze iodoformée dans le col donne d'excellents résultats. Quelquefois les injections ne sont pas suffisantes, et il faut recourir au raclage. L'amputation du col peut devenir nécessaire.

DU DÉCIDUOME.

M. Saenger reconnaît deux formes de déciduomes: le déciduome bénin et le déciduome malin. Dans les deux cas, la tumeur est formée par les cellules et le tissu conjonctif de la caduque. M. Saenger rapporte un cas de déciduome malin dans lequel il se roduisit une métastase dans les poumons ; on trouvait dans la

tumeur de l'utérus et dans celle du poumon de grandes cellules semblables à celles de la caduque.

M. Muller a vu aussi une malade qui avait dans l'utérus des masses de tissu semblable à celui de la caduque ; il se produisit des métastases dans le vagin, l'abdomen et la région fessière.

M. Veit pense qu'il s'agit tout uniment de grossesses dans des utérus carcinomateux, et M. Muller reconnaît, du reste, que le sarcome et le déciduome se ressemblent beaucoup.

LE TRAITEMENT CONSÉCUTIF A LA LAPAROTOMIE.

M. Kehrer insiste sur la nécessité de préserver le péritoine avec le plus grand soin des produits divers qui peuvent s'y introduire. Dans un cas d'ovariotomie où il y eut épanchement d'une partie du contenu de la tumeur dans la séreuse, il se développa, dans le cul-de-sac de Douglas, le foie et l'intestin, un sarcome hémorrhagique par inoculation directe. Il propose de garnir la base de la tumeur avec de la gutta-percha disposée en forme d'entonnoir. Les adhérences consécutives sont à éviter. On n'emploiera pas d'antiseptiques irritants et on tâchera de ne rien laisser dans la cavité abdominale. M. Kehrer donne, dès le deuxième jour, de l'huile de ricin ou des lavements.

LES ACCOUCHEMENTS EN DEHORS DES MATERNITÉS.

M. Ahlfeld reconnaît toute la valeur de l'antisepsie pour combattre l'infection dans l'accouchement; cependant les soins judicieux des suites de couches ont aussi une grande importance.

Pour que les résultats des accouchements en ville soient aussi bons que ceux que l'on observe dans les maternités, il faut vulgariser les pratiques de l'antisepsie, améliorer le recrutement des sages-femmes, tâcher de réaliser la désinfection plus simplement, toucher rarement, etc. On diminuera la possibilité de l'infection en ne combattant l'inertie utérine que par des moyens externes, le massage de l'utérus étant presque toujours suffisant ; en suturant soigneusement les déchirures des organes génitaux ; en ne faisant que les opérations absolument nécessaires ; en faisant la version combinée au lieu de tamponnement dans les cas de

placenta prævia. Quand on intervient au début d'une affection puerpérale, il y a des chances de succès.

M. Doderlein distingue deux espèces de sécrétion vaginale. La sécrétion normale est très acide; la sécrétion pathologique est peu acide et alcaline. Dans la première, il existe un bacille qui ressemble au streptocoque et auquel est dû l'acidité de la sécrétion ; on y rencontre le champignon du muguet. Comme, dans ce cas, il n'y a pas de microbes pathogènes, et que le staphylocoque ne peut vivre, la désinfection n'est pas nécessaire. Il n'en est pas de même quand la sécrétion est pathologique ; alors on peut y rencontrer le streptocoque, et la désinfection devient indispensable. Le toucher, si l'on ne prend pas de précautions, peut transporter les microbes.

(*Union médicale.*)

ASSOCIATION DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE.

TÉTANIE LIÉE A LA GROSSESSE.

M. V. Joksch a présenté à la même Société une femme de 35 ans, qui a été prise dans le cinquième mois de sa grossesse des symptômes les plus caractérisés de la tétanie : crampes toniques en flexion, des muscles des extrémités supérieures ; hypérexcitabilité considérable à la pression du nerf facial, hypérexcitabilité électrique générale du système nerveux, etc. Cette femme rapporte avoir déjà eu des accidents semblables à 19 ans, avant l'apparition de ses règles ; ils disparurent pour se reproduire dix-huit mois plus tard dans sa première grossesse : ils se montrèrent encore au cours de la quatrième grossesse et dans la cinquième, qui est celle actuelle.

M. Schauta fait remarquer que si la tétanie est souvent liée à la lactation, puisque Trousseau a pu en observer 40 exemples, elle est plus rarement liée à la grossesse. Cependant, M. Meinert, en 1885, a pu en rassembler 9 cas ; dans l'un d'eux, il s'agit d'une femme qui en eut une attaque à la 3e et une à la 6e grossesse ; les accidents disparurent aussitôt après l'accouchement. M. Müller, de Berne, en a aussi fait connaître un exemple. Il existe aussi une relation certaine entre la tétanie et la menstruation.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

A PROPOS D'UNE COMPLICATION RARE DE LA SALPINGITE,

Par le docteur Nitot (1).

Je désire faire le récit d'un cas qui peut être considéré seulement comme bizarre, s'il ne faut voir qu'une simple coïncidence dans les phénomènes qui ont été observés, ou bien comme très rare et très instructif si l'on pense qu'il y a une relation de cause à effet dans ces phénomènes. Il s'agit d'une femme présentant une lésion cardiaque ancienne qui, au cours d'une poussée aiguë récente de salpingo-péritonite, a été atteinte subitement d'une gangrène artérielle de tout le membre inférieur gauche correspondant à la lésion pelvienne.

La malade est une femme de 46 ans, Mme P..., qui, réglée à 14 ans, s'est mariée à 17 ans, n'a jamais eu ni accouchement ni fausse couche, et depuis 12 ans n'a plus de rapports sexuels.

En 1870 elle a été soignée pour une affection cardiaque qui a été diagnostiquée par le professeur Peter : rétrécissement avec insuffisance mitrale.

Jamais elle n'avait souffert du ventre, quand en 1889, un médecin du Raincy diagnostique un catarrhe utérin, fait des pansements pendant quelque temps, et pratique un curettage sans chloroforme qui, au dire de la malade, aurait duré 40 minutes et aurait été extrêmement douloureux. Cinq jours après le curettage, des accidents septicémiques se manifestent, et l'on constate la présence d'un « phlegmon » péri-utérin qui met la malade au lit pendant 60 jours. A peine guérie, la malade est reprise d'une nouvelle poussée de phénomènes inflammatoires du petit bassin que le Docteur J. Lucas-Championnière, appelé à voir la malade, diagnostique : métro-ovaro-salpingite.

Depuis, la malade souffre du ventre ; elle ne peut plus marcher ni travailler, et lorsqu'elle vient me consulter à ma clinique, le 13 novembre 90, je constate qu'elle souffre des deux côtés du bas-ventre, mais surtout du côté droit avec irradiation dans les cuisses et les

(1) Soc. méd. du IXe arrond., 12 fév. 1891.

reins. Depuis le curettage la menstruation est irrégulière, peu aondante et douloureuse.

L'utérus est mobile, en position normale, le col est sain, mais les culs-de-sac vaginaux sont douloureux au toucher des deux côtés, surtout du côté droit, où il existe une tumeur mobile irrégulière et douloureuse formée par les annexes de ce côté. Je diagnostique donc une ovaro-salpingite double avec lésions prédominantes du côté droit, et comme ces lésions ne me paraissent pas assez graves pour proposer d'emblée une opération radicale de laparotomie, je conseille à la malade de se soumettre pendant un certain temps à un traitement médical, quitte à intervenir plus tard si les phénomènes douloureux s'accentuaient.

Sous l'influence de ce traitement, la malade allait mieux quand, le 20 décembre, elle est prise d'une métrorrhagie qui dure 15 jours à l'époque de ses règles. Le 18 janvier, les règles apparaissent de nouveau et en même temps se déclarent des phénomènes d'inflammation péri-utérine.

Elle est obligée de garder le lit avec la fièvre. On peut constater que le cul-de-sac droit est tendu fortement et qu'il existe une poussée de salpingo-péritonite. Deux jours après, les douleurs continuent ; le côté droit va mieux ; mais le côté gauche est pris à son tour et plus violemment que l'autre. Les jours suivants, l'inflammation augmente et l'on trouve le cul-de-sac vaginal gauche et postérieur fortement distendu par une masse inflammatoire légèrement fluctuante. La fièvre est vive, les douleurs sont intenses, et il existe de la péritonite qui s'étend jusqu'à l'ombilic. Au bout d'une semaine, tous ces désordres s'améliorent, l'inflammation paraît se résoudre et la tumeur sentie au niveau des culs-de-sacs vaginaux a sensiblement diminué, quand à la suite d'un vomissement alimentaire seulement occasionné par un dégoût, la malade est prise subitement d'une douleur atroce dans tout le membre inférieur gauche, dont le moindre mouvement est rendu impossible par le fait de la douleur. Les jours suivants, en même temps que les douleurs sont insupportables, il existe un refroidissement du membre et de l'anesthésie de la peau.

Recherchant quelle doit être l'origine de ces accidents, je pense un instant qu'il s'agit peut-être de phénomènes de compression exercée par la tumeur salpingienne sur les nerfs et vaisseaux du bassin; mais le toucher fait plutôt constater une diminution notable de la tumeur qui a presque disparu. Je me demande alors s'il ne s'agit

pas plutôt de l'extension de la phlegmasie du bassin aux vaisseaux et nerfs caractérisant soit une névrite véritable des troncs nerveux, soit une inflammation des vaisseaux analogue à celle qui caractérise la phlegmasia alba dolens des nouvelles accouchées. Le membre inférieur est en effet très pâle et douloureux, mais il manque l'œdème caractéristique. Sur ces entrefaites j'adresse la malade à mon cher maître le Dr Terrillon qui la reçoit dans son service, et lorsque je vais la voir le lendemain, il n'y a plus d'hésitation possible, tout le membre inférieur gauche depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou est entièrement sphacélé. La peau est jaune, racornie, tout à fait insensible ; les battements de l'artère fémorale au pli de l'aine ont presque disparu. Il s'agit là d'une gangrène sèche véritable par oblitération artérielle.

Il est intéressant de rechercher quelle peut être la pathogénie exacte de ces lésions. Mais s'il est permis de faire à ce sujet des suppositions, il est bien difficile, sans la vérification de l'autopsie, de formuler un jugement définitif.

D'abord s'agit-il là d'une simple coïncidence ?

La malade est, il est vrai, atteinte d'une lésion mitrale ancienne ; mais cette lésion est peu accentuée, et l'on comprend peu comment une simple embolie mécanique, lancée par le ventricule gauche jusque dans l'artère fémorale a pu être assez volumineuse pour obturer complètement la lumière d'un aussi gros vaisseau.

Existe-t-il, au contraire, une relation évidente entre l'inflammation du petit bassin et la lésion artérielle ? on serait tenté de le croire ; mais alors il y a lieu de rechercher de quelle façon l'inflammation a pu se propager.

Soit indirectement en créant une endocardite infectieuse qui a exagéré la lésion cardiaque primitive et favorisé le départ d'une embolie septique qui a pu engendrer une artérite consécutive.

Soit directement par extension de l'inflammation qui a d'abord créé une péri-artérite, puis une endo-artérite consécutive qui a déterminé l'oblitération artérielle.

A moins qu'il ne faille admettre dans ce cas qu'une pathogénie analogue à celle de l'artérite infectieuse de la fièvre typhoïde ?

Ce sont précisément ces hésitations qui font, dans le cas actuel, le côté intéressant de cette observation.

FIBROME INTRA-UTÉRIN PRIS POUR UN CANCER

Par M. le Dr A. Routier, chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

Le cas suivant peut sembler banal au premier abord ; quoi de plus connu qu'un fibrome ? Quoi de plus connu qu'un cancer ? C'est précisément sa banalité, sa fréquence dans la pratique qui en fait tout l'intérêt.

Une femme âgée de 48 ans, réglée à l'âge de 11 ans, mariée à 18 ans, n'avait jamais eu d'enfants, jamais ses règles n'avaient présenté rien d'anormal.

En 1890, elle entre dans un service d'hôpital pour des métrorrhagies abondantes qui furent, dit-elle, mises sur le compte de la ménopause ; on la soigna par les injections chaudes, par l'ergot de seigle, et bientôt après, se croyant guérie, elle voulut reprendre son occupation.

Mais bientôt les métrorrhagies reparurent, avec gros caillots ; de plus, dans l'intervalle des pertes de sang, il s'établit une leucorrhée horriblement fétide ; en même temps cette malheureuse femme pâlit, maigrit, perdit ses forces ; tout cela dura huit mois environ, au bout desquels elle me fut envoyée sous la rubrique cancer de l'utérus.

J'avoue qu'au premier aspect, j'acceptai volontiers ce diagnostic, et c'est bien avec l'idée préconçue de néoplasme malin que je pratiquai le toucher.

On pouvait s'y tromper.

L'utérus était en effet gros et mobile ; le col, démesurément gros et dur présentait en son milieu une sorte de bourgeon charnu mou ; en examinant de plus près cependant, on pouvait sentir comme une circonférence autour de ce bourgeon, circonférence qui avait la dimension d'une pièce de vingt centimes en argent, et qui semblait, point capital, distincte du bourgeon charnu.

Appliquant le spéculum, je vis en effet la masse du col avec le bourgeon médian ; cherchant alors avec l'hystéromètre à retrouver cette circonférence perçue par le toucher, je pus introduire cet instrument à 9 centimètres et lui faire décrire un mouvement de rotation comme autour d'une masse intra-utérine, en même temps que cette manœuvre mettait en évidence les bords très minces et très nets de la circonférence perçue par le toucher.

(1) Société médico-pratique du 9 mars 1891.

Dès lors le diagnostic était fait ; c'était un polype intra-utérin, non un cancer.

Il fallait en débarrasser la malade. Rien n'a été plus simple. Après anesthésie et antisepsie vaginale, j'ai fendu le col, sur les parties latérales, de deux coups de ciseau ; écartant les deux valves ainsi obtenues, j'ai saisi le fibrome avec des pinces, et j'ai pu, avec le doigt, introduit avec force entre le néoplasme et l'utérus, m'assurer que le pédicule existait vers le fond de la matrice.

Faisant tourner le fibrome de façon à amener à ma vue la partie la plus voisine possible du pédicule, j'ai, avec un bistouri, fait une boutonnière au revêtement du fibrome, et j'ai pu, par cette boutonnière, l'énucléer comme un noyau de cerise.

Bien que ce fibrome eût le volume d'une orange, j'ai pu l'avoir sans le morceler.

Cela fait, j'ai, par trois points de suture de chaque côté, reconstitué le col, fait un pansement avec deux tampons de coton iodoformé, et la malade a guéri sans le moindre incident.

L'écoulement fétide, rougeâtre, continu, les pertes de sang, le bourgeon fourni par la partie du fibrome qui avoisinait l'orifice du col, ce col distendu par le fibrome, et par ce fait ayant la consistance ligneuse en avaient imposé pour un cancer.

Sans l'ablation de son fibrome, cette malade serait à coup sûr morte à bref délai, ce qu'on aurait mis sur le compte du cancer.

On ne saurait donc trop répéter que l'examen de ces malades doit être fait avec le plus grand soin, et en s'entourant de toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur.

DÉBRIDEMENT VAGINAL DES COLLECTIONS PELVIENNES.

Méthode du professeur Laroyenne, par le Dr P. Goulliaud, chef de clinique de la Faculté de Lyon.

La question des suppurations pelviennes étant à l'ordre du jour, nous croyons utile de reproduire cet article que nous empruntons à la *Polytechnique médicale*.

Depuis plusieurs années, et bien avant qu'on fît l'ablation des annexes pour salpingo-ovarites, M. le professeur Laroyenne signalait la fréquence sur les côtés de l'utérus, au niveau des annexes, d'abcès peu considérables, souvent méconnus, qu'il attaquait par le vagin.

Sa méthode consiste en un large débridement par le cul-de-sac postérieur, et avec une instrumentation spéciale des collections diverses du petit bassin. Elle s'applique donc aux épanchements séreux ou purulents du cul-de-sac de Douglas, aux hématocèles rétro-utérines, aux abcès paramétritiques, aux dilatations tubaires (hydro ou pyosalpinx). Il suffit que la collection soit bien nettement perçue par le palper bimanuel, et que le doigt vaginal sente cette collection affleurer suffisamment le cul-de-sac postérieur pour qu'un trocart puisse l'atteindre, en passant entre le rectum en arrière et une ligne rasant le col utérin, en avant. Il suffit encore qu'on ait la sensation bien nette qu'il s'agit d'une masse inflammatoire, empâtée ou rénitente ; car la sensation de fluctuation est trop souvent dissimulée par une coque épaisse, pour qu'on la regarde comme condition nécessaire.

Mais pour ne pas s'exposer à confondre avec un foyer inflammatoire, un fibrôme ou même le fond de l'utérus dévié, il faut au préalable bien préciser la situation de l'utérus par le palper bimanuel ou, s'il est nécessaire, par le cathétérisme utérin.

La méthode de M. Laroyenne, exposée par lui-même dans le *Lyon médical* (1), a fait le sujet de la thèse de son élève Edmond Blanc (2), et l'objet d'une communication de son chef de clinique, M. Goulliaud (3), au Congrès français de chirurgie de 1889.

Le *procédé opératoire* de M. Laroyenne consiste à ponctionner ces collections ainsi définies avec un trocart spécial, à les débrider largement et transversalement avec un métrotome, à faire l'hémostase avec une éponge fine et élastique, laissée à cheval sur la large brèche du cul-de-sac postérieur. On maintient ensuite béante et drainée la cavité de l'abcès jusqu'à cicatrisation.

Ponction. — Le trocart à canule du professeur Laroyenne est puissant, d'un diamètre supérieur à celui d'un trocart à hydrocèle ; il a la courbe et la longueur de l'hystéromètre. On le tient bien en

(1) Laroyenne, *Lyon médical*, 21 février 1886. « De la paramétrite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique ».

(2) Edmond Blanc. « De l'inflammation péri-utérine chronique, avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hématique. » (Th. de Lyon, 1887.)

(3) Paul Goulliaud. « Débridement vaginal des collections de la périmétrite chronique » (méthode du professeur Laroyenne). Congrès français de chirurgie (4e session 1889).

main, ce qui est nécessaire, car il faut quelquefois agir avec force, par un mouvement combiné de propulsion et de rotation, pour pouvoir traverser une couche inflammatoire de 2 ou 3 centimètres d'épaisseur. Sa courbe, celle de l'hystéromètre, est très avantageuse, pour les cas plus difficiles de collection latérale ; parce qu'il faut commencer à ponctionner très en arrière, sur le côté du cul-de-sac de Douglas, en arrière de l'artère utérine, et achever la ponction en revenant en avant pour embrocher la collection qui proémine à peine en arrière de cette artère. Souvent on la sent battre ; sinon, on sait qu'on ne peut l'atteindre en se tenant en arrière d'une ligne rasant la face postérieure du museau de tanche. Une grande tentation et un grand danger, c'est de ponctionner trop avant dans le cul-de-sac latéral ; car on risque de léser l'artère utérine et surtout l'uretère ou la vessie. On ne saurait trop insister sur ce fait que l'on doit ponctionner dans le cul-de-sac postérieur, soit au centre derrière le col utérin, soit sur le côté de ce cul-de-sac, jamais dans le cul-de-sac latéral, ni dans le cul-de-sac antérieur.

La direction à donner à la ponction est donc comparable au mouvement que l'on imprime à l'hystéromètre dans le cathétérisme utérin. La même courbure a donc même but et même avantage dans les deux instruments. Pour donner au trocart une flexibilité qui lui permette, après avoir traversé la partie rectiligne de la canule, de s'incurver pour franchir son extrémité recourbée, on l'a aminci en forme de lame sur une longueur de quelques centimètres.

L'extrémité du trocart parvenue dans la cavité ponctionnée, on le retire, en ayant grand soin d'y maintenir la canule. Cette canule, fendue dans la moitié de sa longueur, remplit alors l'office d'une sonde cannelée. Elle permet de conduire sans hésitation dans le foyer l'instrument du débridement sans risquer de s'égarer au milieu de couches de tissu non adhérentes, de consistance inégale.

Débridement. — Ainsi conduit jusque dans la cavité pathologique, le métrotome, dont on a préalablement limité l'écartement maximum, est retiré transversalement et divise les tissus assez largement pour donner accès dans le foyer à deux ou trois doigts, suivant l'importance de la cavité.

Dans les hématocèles, on doit pouvoir passer librement une cuiller pour enlever les caillots. Mais on ne saurait dépasser les limites du cul-de-sac vaginal, c'est-à-dire une étendue transversale de 8 à 10 c., sans s'exposer à une hémorrhagie, par lésion d'une des bran-

ches de l'hypogastrique, de la vaginale ou de l'hémorrhoïdale moyenne. Il faut s'efforcer aussi de donner à la section vaginale la même ampleur qu'à la brèche du foyer pathologique, afin de ne pas avoir, pour ainsi dire, une échappée dans le débridement du cul-de-sac vaginal.

Un des accidents possibles du débridement est la lésion du rectum, lésion qui guérit d'ailleurs spontanément. Un moyen certain de l'éviter, c'est de ponctionner et de débrider en maintenant l'index gauche dans le vagin, et le médius dans le rectum.

Dans les cas de ponctions blanches, où le trocart pénètre dans une cavité virtuelle sans liquide, nous conseillons vivement de débrider cependant, pour être sûr de ne pas laisser au delà du vagin une cavité, peut-être infectée et toute préparée pour des accidents de rétention. Les ponctions blanches, suivies d'un débridement modéré, sont absolument innocentes.

Hémostase. — Le mode d'hémostase est un des éléments importants de la méthode, celui qui en assure l'innocuité, à condition qu'il réalise l'indication d'une façon parfaite. Il consiste à introduire par la brèche du cul-de-sac postérieur, avec une longue pince, une éponge qu'on laissera à cheval sur la plaie, sa partie profonde se dilatant dans la cavité de l'abcès, sa partie surperficielle dans le vagin.

Le choix de cette éponge est capital ; elle doit être d'un volume suffisant pour entrer à frottement, à mailles fines, et par suite plus élastique, plus hémostatique. Une éponge trop molle, une éponge bouillie par exemple, n'arrêtera pas une hémorrhagie, non plus qu'une éponge trop petite qui n'est pas enserrée par la brèche et par suite n'exerce pas une compression efficace sur la plaie.

Ce procédé d'hémostase est le seul pratique dans ces larges incisions du petit bassin. Il est d'une efficacité absolue, éprouvée même dans les cas d'hémorrhagies effrayantes de l'artère utérine. Nous n'avons pas vu d'hémorrhagie résister à ce mode d'hémostase, même dans les cas où une ponction trop antérieure ou un débridement trop large atteignait des artères importantes.

L'introduction de l'éponge est facilitée et son efficacité assurée par le mode de débridement au métrotome, qui sectionne dans le même plan et dans la même étendue les différentes couches de tissus.

L'éponge est saupoudrée d'iodoforme ou trempée dans la pétrovaseline iodoformée. Elle est munie d'un fil qui permettra le lendemain ou le surlendemain, de tirer sur l'éponge pour l'enlever. A ce

moment l'hémorrhagie peut obliger, mais bien rarement, à en placer une nouvelle. Sinon, on draine la cavité avec une mèche de gaze iodoformée, que l'on peut quelquefois laisser en place huit ou dix jours. Les grandes poches, à sécrétion purulente très abondante, peuvent au contraire nécessiter un lavage quotidien de la poche avec la sonde à double courant et à cannelure de M. Laroyenne. Plus rarement encore, un nouveau débridement est utile. En un mot, cette poche est soumise aux indications d'une plaie cavitaire, dont l'ouverture a une puissante tendance à la rétraction. S'il n'y a pas de rétention, une grosse mèche iodoformée est le meilleur mode de pansement et de drainage ; les pansements doivent être rares et nous avons vu guérir plusieurs cas, notamment des hématocèles, avec deux pansements.

En résumé, le procédé opératoire est le suivant :

Après désinfection et anesthésie, la malade étant maintenue couchée avec les cuisses fléchies sur le bassin, il faut constater par le palper bimanuel une poche affleurant le cul-de-sac postérieur ;

L'aide, du côté de la collection, appuie sur la paroi abdominale à son niveau pour la faire proéminer en arrière et fournir une résistance à la ponction ;

L'opérateur applique la pointe du trocart au niveau de la tumeur inflammatoire, sur le côté ou au centre du cul-de-sac postérieur, en arrière d'une ligne rasant l'insertion du vagin sur le col utérin ;

Il relève la pointe du trocart, comme dans le cathétérisme de l'utérus pour embrocher la collection ;

Le trocart que l'on a senti pénétrer dans la cavité pathologique est retiré, la canule étant maintenue en place ;

Dans la rainure de la canule, le métrotome de Simpson est introduit et conduit jusque dans l'abcès. La canule retirée, le métrotome est ouvert et ramené ouvert, débridant transversalement la coque de l'abcès et la muqueuse vaginale ;

Injection vaginale à faible tension ;

Enfin une éponge, armée d'un fil, est introduite dans l'abcès et laissée à cheval sur l'incision.

Cette méthode, bien exécutée, joint à une très grande simplicité une innocuité remarquable, la mortalité n'atteignant pas 1 pour 100, tous cas compris.

(*La Polytechnique médicale.*)

NOUVELLES

—

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — *Prix Jean Dubreuilh.* — Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1892 : « Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches ». — Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franco de port*, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 29 février 1892, limite de rigueur. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître.

—

Hôpitaux de Paris. — *Concours au Bureau central en accouchements.* — Les candidats sont : MM. Boissard, Couder, Demelin, Laskine, Lepage, Potocki, Varnier, Stappfer, Tissier, Wallich.

—

Concours du bureau central (accouchements). — Le jury se compose de MM. Marchand, B. Anger, Guéniot, Désormeaux, Ribemont, Landrieux, Pozzi.

—

Faculté de médecine de Tomsk. — M. Gramatikati est nommé privat-docent d'obstétrique et de gynécologie.

—

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr Pascal est chargé des fonctions de chef de clinique obstétricale.

—

Assistance des femmes enceintes. — Samedi 9 mai, à huit heures et demie du soir, le Dr F. Pinard a fait une conférence dans le grand amphithéâtre de l'ancienne Sorbonne, sur le sujet suivant : *De l'assistance des femmes enceintes.* M. le ministre de l'instruction publique et M. le Dr Tarnier avaient bien voulu accepter la présidence d'honneur de cette séance, dont la présidence effective a été dévolue à M. le Dr Cadet de Gassicourt. Sur l'estrade se trouvaient les plus hautes personnalités du monde politique et du monde scientifique.

—

L'œuvre des femmes enceintes. — Une œuvre intéressante et que nous croyons devoir signaler à l'attention du public médical est

l'œuvre d'*assistance des femmes enceintes*, qui vient de se fonder, sous les auspices de la *Société pour la propagation de l'allaitement maternel.*

Dans sa séance du 27 décembre 1890, le Conseil municipal a alloué à l'allaitement maternel une somme de 20,000 francs, pour fonder un refuge pour les femmes enceintes. En même temps la Ville faisait la location d'un immeuble, situé au n° 203 de l'avenue du Maine, c'est-à-dire à proximité des cliniques d'accouchement et de la Maternité.

—

Infirmières aristocratiques. — Pour prouver combien soigner les malades devient un acte *fashionable*, le *British medical Journal* annonce que la princesse Hélène Cusa accorde ses soins à des malades de l'Hôpital des Enfants ; la comtesse Asta Blucher a soigné les invalides du capitaine Wissman à Zanzibar ; Mlle Godolphin Osborne, nièce du duc de Leeds, est surveillante de l'Hôpital d'incurables de M. Leamington ; Mme Leveson Gower donne ses soins à l'hôpital central ; Mme Amberly et la baronne Ebba Bostron ont fait, il y a quelques années, un stage à l'Hôpital de Sainte-Marie, à Paddington. (*Mercredi médical.*)

—

Une réclame « fin de siècle ». — Nous avons assisté hier, dit le *Gil Blas*, à une cérémonie, qui, pour être triste, n'en rentre pas moins dans le cadre de la haute noce parisienne.

« Marie Laroche, la demi-mondaine bien connue, qui dernièrement encore représentait dans la revue du Casino le joyeux Moulin-Rouge, a été opérée par le docteur X....; nous n'irons pas jusqu'à nommer l'organe dont le célèbre praticien a fait l'ablation ; qu'il nous suffise de dire que c'est celui que Jack l'Eventreur se plaisait à extraire à ses victimes. La pauvre Marie a subi avec une grande énergie cette épouvantable mutilation et elle faisait encore un bel effet plastique, endormie sur la table de l'amphithéâtre.

« A sa demande, des instantanées ont été prises au moment de l'opération et quelques clichés ont été assez réussis : ils seront distribués aux intimes. Nous les avons tenus entre les mains et ils sont vraiment très curieux. Outre le docteur X..., on peut voir groupés autour de la malade MM. A, B, C, D et les nombreux élèves du service de l'illustre maître. L'opération n'a pas duré moins d'une heure et demie et a parfaitement réussi.

« Comme la gaieté ne perd jamais ses droits, Marie Laroche, quelques instants avant d'être transportée à l'amphithéâtre, nous disait : « Je n'ai pas hésité à demander à être opérée ici, d'abord à cause du docteur X..., et puis le nom de l'hôpital m'a tentée, vous comprenez l'hôpital *cinq louis*. »

—

Le vol a l'aliénation mentale. — M. le Dr de Fleury a raconté dans le *Temps* l'amusante anecdote suivante qui montre une difficulté imprévue du diagnostic de l'aliénation mentale.

Il y avait une fois, au Palais-Royal, un bijoutier de grand renom qui vit un jour entrer chez lui une dame fort élégante et tout à fait distinguée de manières. Cette dame fit choix d'une admirable rivière de diamants, puis dit au bijoutier :

— Avant d'acquérir cette parure, qui est d'un prix fort élevé, il faut que je la montre à mon mari et que j'aie son consentement, puisque c'est lui qui tient les cordons de la bourse. Donnez-moi un commis en qui vous ayez confiance ; il vous rapportera la parure ou l'argent.

Le joaillier s'inclina, trouvant cela bien naturel, et le commis fidèle accompagna la dame. C'était lui qui portait l'écrin.

Dans la voiture qui les emmenait, la belle dame conservait une réserve de bon ton : elle ne disait pas un mot. C'était, décidément, une femme du meilleur monde.

On arriva dans une maison très correcte. Au premier étage, on entra, et la dame laissa le commis confiant dans l'antichambre, en le priant d'attendre et en se chargeant de l'écrin pour le montrer à son mari.

Or, cet appartement était tout simplement celui d'un aliéniste fameux, que je peux bien nommer, puisqu'il est mort, Legrand du Saulle. Sitôt qu'elle fut introduite dans son cabinet de consultation, elle lui tint à peu près ce langage :

— Docteur, je vous amène un jeune parent à moi qui est atteint d'aliénation mentale. Il est dans l'antichambre et, comme ma vue l'impressionne péniblement, je vais me sauver pendant une demi-heure et je reviendrai vous demander votre avis. Pendant qu'on le fera entrer dans votre cabinet, je m'en irai par là pour ne pas le rencontrer et vous pourrez l'examiner tout à loisir. Son idée fixe est très particulière : il se figure être employé chez un bijoutier et s'imagine

qu'on lui a volé une rivière de diamants. C'est très pénible pour la famille, car mon parent est un charmant jeune homme que l'on voudrait bien marier. Vous me donnerez votre avis.

Et il fut fait comme elle avait voulu.

Le commis commençait à trouver le temps long, quand on le fit passer dans le cabinet du docteur. Il chercha des yeux sa cliente et ses premiers mots furent pour dire :

— Madame a dû, sans doute, vous laisser une rivière de diamants...

— Connu, connu, se dit Legrand du Saulle.

Et, très paisiblement, il se mit à l'interroger sur ses antécédents héréditaires. Le commis ouvrait de grands yeux et il réclama l'argent ou les bijoux. Voyant qu'on ne les lui donnait pas, il se mit à crier au voleur, fit une scène abominable. Le docteur s'évertuait en vain à le calmer, et, pendant que le domestique maintenait le faux aliéné, il rédigeait sa consultation dans le sens le plus pessimiste.

Quand il comprit la vérité, quand il reconnut que son malade était tout à fait sain d'esprit, la dame était en sûreté. Je ne sais pas si on l'a jamais retrouvée.

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Etude expérimentale sur les propriétés thérapeutiques de l'eau de Renlaigue**, par le Dr Armand de Fleury.

II. **Étude clinique sur les eaux sulfureuses d'Allevard**, par le Dr Niepce, Vichy, 1891.

III. **Chatel-Guyon. Traitement, indications thérapeutiques**, par le Dr A. Baraduc. Paris, 1891.

IV. **Traitement de la phtisie pulmonaire (Eaux de Gazost)**, par le Dr G. Thermes. Clermont, 1891.

V. **La médication nérisienne et les affections nerveuses**, par le Dr J. Peyrot. Vichy, 1889.

VI. **Antisepsie puerpérale**, par le Dr Samuel Gache. Buenos-Ayres, 1891.

VII. **De l'influence du physiologisme et des notions d'espèces dans les maladies utéro-ovariennes**, par le Dr Sénac-Lagrange, Paris, 1891.

VIII. **L'art de prendre les eaux**, par le Dr Champouillon. Luxeuil, 1891.

IX. **Annales cliniques de l'Institut hydrothérapique de Saint-Didier**, par le Dr Bonamaison (1er fasc. : Hystérie, neurasthénie). Paris, 1891.

X. **Indications, contre-indications, marches et durée de la cure tonique de Royat dans le traitement de l'arthritisme, de l'anémie et de la neurasthénie**, par le Dr Laussedat, Paris, 1891.

XI. **Le traitement de la fièvre typhoïde**, par le Dr Louis Culan. Paris, 1891.

XII. **Electricité médicale et galvanocaustie**, par le Dr R. Marage. Paris, Ollier Henry, 1890.

XIII. **La médication de Challes**, par le Dr Royer. Paris, 1891.

XIV. **Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive**, par le Dr E. Villemin. Paris, Steinheil, 1891.

XV. **Période prémonitoire de la typhlite et de la périty phlite chez les enfants. Son traitement à Châtel-Guyon**, par le Dr A. Deschamps. Paris, 1891.

XVI. **Sur une arthrite spéciale du pied avec déformation observée chez les vélocipédistes**, par le Dr Ch. Lavielle (de Dax). Paris, 1891.

XVII. **Pour les médecins**. Causeries par le Dr Grellety. Mâcon, 1891.

XVIII. **Traité de la massothérapie**, par le Dr Weber. Paris, Masson, 1891.

Ce volume a pour but de vulgariser la pratique du massage dont l'auteur s'est occupé tout spécialement depuis une dizaine d'années. L'historique est intéressant à consulter, l'action physiologique du massage est bien présentée et résume les principaux travaux parus sur ce sujet. La technique générale du massage est rendue claire et facile à apprendre par les figures assez nombreuses qui sont jointes au texte. La deuxième partie est consacrée au massage en chirurgie ; elle aurait gagné à être un peu plus développée. La troisième partie traite du massage en médecine, Enfin, la quatrième, celle qui nous intéresse tout particulièrement, a pour titre : la masso-électrothérapie en gynécologie et en obstétrique ; l'auteur est en effet partisan de l'association habituelle de l'électricité et du massage en gynécologie, ce qui est du reste très rationnel. Nous ne discuterons pas cette dernière partie du traité que nous analysons ; il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet dont nous nous proposons de continuer l'étude dans nos Revues de gynécologie, à mesure que l'occasion s'en présentera. Il est incontestable que le massage est destiné à rendre service dans un grand nombre de cas et le Dr Weber aura toujours eu le mérite d'attirer l'attention des médecins sur une méthode thérapeutique très efficace et trop rarement employée.

J. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

110. — De l'emploi du thiol dans les maladies des femmes, par le Dr S. Gottschalk, de Berlin. (*Centrablatt für Gynæk.*, n° 12, année 1891.) — Depuis 6 mois, j'emploie le thiol dans le traitement des maladies des femmes. Je crois avoir fait un nombre suffisant d'expériences, pour pouvoir parler des indications de ce nouveau moyen thérapeutique.

L'action du thiol ressemble à celle de l'ichthyol. Toutefois, le thiol a le grand avantage d'être inodore. Il faut évidemment tenir compte de cette circonstance particulière.

Certaines personnes ne veulent à aucun prix entendre parler de l'emploi de l'ichthyol à cause de son odeur spéciale.

J'utilise le thiol dans le traitement des exsudats provenant d'une paramétrite ou d'une périmétrite.

Il faut introduire au fond du vagin des tampons imbibés d'une solution glycérinée de thiol à 10 ou 20 %. On enlève les tampons tous les jours ou tous les deux jours. Je fais appliquer sur l'abdomen une forte couche d'un onguent spécial. Le thiol constitue le principe actif de ce remède destiné à l'usage externe.

Quand le tampon a été mis en place, les femmes ressentent dans le bas-ventre une sorte de contraction et il se produit rapidement une abondante sécrétion utérine.

On enlève le tampon imbibé de thiol après 24 heures. La sécrétion diminue pour reparaître lors de l'application d'un autre tampon.

Appliqué sur la paroi abdominale, le thiol produit un effet tout à fait semblable à celui de la teinture d'iode.

Lorsqu'on met pendant 6 ou 8 jours une pommade à base de thiol sur le ventre, on ressent une sensation de chaleur bien marquée et l'on voit survenir une desquamation cutanée analogue à celle que l'on observe à la suite de badigeonnages de teintures d'iode.

On suspend pendant quelques jours les onctions de thiol pour pouvoir les prescrire de nouveau après un certain laps de temps.

Grâce à cette médication nouvelle, je suis parvenu à faire diminuer de volume des exsudats considérables après quelques semaines de traitement.

Cette méthode spéciale donne des résultats tellement favorables que l'on peut certainement obtenir la guérison de tous les exsudats survenant chez des femmes qui viennent consulter le médecin.

On peut ordonner quelques bains de siège chauds pendant la durée de la maladie.

L'emploi du thiol ne peut contre-indiquer le traitement par le massage.

Plus tard, j'ai encore utilisé le thiol pour pouvoir obtenir la cicatrisation des érosions particulières de la portion vaginale du col de l'utérus. J'ai employé le thiol en poudre.

Je recouvre les ulcérations d'une poussière de thiol et j'applique ensuite un tampon d'ouate. J'ai vu la guérison se faire très rapidement et je recommande ce mode de traitement.

Enfin, j'ai eu recours à l'emploi du thiol pour combattre l'endométrite.

Que cette affection sérieuse soit encore à l'état aigu ou qu'elle soit parvenue à l'état chronique, elle cède parfaitement sous l'influence du thiol.

Voici le procédé opératoire : On introduit dans la cavité utérine une sonde de Playfer recouverte d'ouate imbibée de thiol pur. Pas de douleurs, pas de dangers à craindre lors de l'application de ce traitement.

Chez mes malades, je n'ai pas même observé de coliques utérines semblables à celles que l'on voit survenir, dans les mêmes circonstances, à la suite des injections intra-utérines de teinture d'iode.

Une légère métrorrhagie se déclare à la suite de ce traitement. Cette hémorrhagie se tarit spontanément. Elle s'explique par le passage d'un corps étranger sur une muqueuse pathologique.

Ajoutons, pour terminer, que le thiol coûte assez cher.

Dr H. Lambinon.

(*Journal d'accouchements.*)

***

111. — Action thérapeutique de l'extrait fluide de collinsonia canadensis. — L'extrait fluide de collinsonia canaden-

sis (labiée originaire des états de l'est de l'Amérique du Nord) est recommandé par Hockin et Shoemaker, à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes, contre la gravelle, la blennorrhagie et les leucorrhées.

(*Pharm. Stug.*, n° 22, p. 179.)

***

112. — Traitement du prurit anal et vulvaire. (BALFOUR.)

Calomel	5 gram.
Vaseline ou onguent quelconque	30 —

M. s. a. Badigeonnage.

(*Les Nouveaux Remèdes.*)

***

113. — Neurasthénie sexuelle (BEAD et ROCKWELL.) — Comme calmant :

Bromure de zinc	ãã 1 gram.
Valérianate de zinc	
Oxyde de zinc	
Conserve de roses	Q. S.

Mêlez et F. S. A. vingt pilules. — A prendre 3 pilules par jour.

BEARD et ROCKWELL.

***

114. — Gouttes contre la dysménorrhée chlorotique. (MONIN.)

Alcoolat de mélisse	ãã 15 gram.
Teinture de safran	
Teinture d'iode	

Mêlez. Douze gouttes avant les deux principaux repas, pendant deux mois. Tous les huit jours, un bain chaud additionné de 125 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

***

115. — Ergotine dans la gonorrhée. — Roicki considère l'ergotine comme un excellent moyen de guérir rapidement la go-

norrhée chronique. Il l'administre simultanément à l'intérieur en pilules et en injections uréthrales, selon la formule suivante :

Ergotine	30 centigr.
Eau distillée	300 gram.

Faire plusieurs injections par jour.

Ces injections sont très bien supportées. Le même traitement est applicable dans les hémorrhagies de l'urèthre.

(*Viadomosci Lekarski*, 1890.)

***

116. — Traitement de la diarrhée des enfants par le salol. — Le salol peut être considéré comme un précieux agent pour l'antisepsie intestinale chez les enfants de tout âge affectés d'entérite ou d'entéro-colite d'origine malarienne.

Le flux intestinal s'atténue et disparaît dans un très court délai sous l'influence de ce médicament, dont l'action désodorante se révèle aussitôt après son administration.

Les gaz, résultats des fermentations intestinales, ne se reproduisent plus tant que le salol exerce son action aseptique en même temps que cela, les coliques et les vomissements ne tardent pas à disparaître.

Le médicament, très bien reçu par les enfants de tout âge, n'a jamais produit chez mes petits malades le moindre phénomène toxique.

Les doses employées ont varié de 15 centigrammes à 2 grammes dans les vingt-quatre heures d'après l'âge et la gravité de chaque cas.

Dr Moncorvo.

***

117. — Traitement des fibromes utérins. (Lucas-Championnière.) — Aux femmes atteintes de fibromes utérins, on fait prendre, le matin, à jeun, 50 centigrammes de poudre de sabine, en une seule fois, et cela pendant plusieurs années, en suspendant l'usage du remède pendant trois semaines, tous les deux mois. Séjour au lit, pendant toute la durée des règles. — Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessent ; le corps fibreux diminue ; les besoins d'uriner s'éloignent; la constipation disparaît et les menstrues s'établissent régulièrement. — Pendant la belle saison, cure de six semaines à

deux mois de durée, aux eaux thermales chlorurées, telles que Salins et Salies-de-Béarn. (*Journ. de Méd. de Paris.*)

***

118. — Pilules contre la leucorrhée. (Braun.)

Sulfate de fer cristallisé	4 grammes.
Carbonate de potasse	4 —
Ergotine pure	1 gram. 50 centigr.
Extrait et poudre de réglisse	q. s. pour 50 pilules

Deux à trois pilules le matin, à midi et le soir, contre la leucorrhée des femmes chloro-anémiques, lorsqu'elle s'accompagne d'un écoulement sanguinolent. — S'il existe de la constipation, sans écoulement sanguinolent, on remplace, dans les pilules ci-dessus, l'ergotine par 2 grammes d'aloès. — N. G.

***

119. — Quelques formules de purgatifs salins pour les enfants.

1° Citrate de magnésie	10 à 30 gr.
Sirop de cerises	30 à 50 gr.
Eau	120 gr.
2° Tartrate de soude	10 à 30 gr.
Sirop de framboises	30 gr.
Eau	120 gr.
3° Sel de Seignette	5 à 20 gr.
Sirop de menthe	30 gr.
Eau	120 gr.
4° Phosphate de soude	15 à 30 gr.
Sirop de limons	30 gr.
Décoction d'orge	120 gr.
5° Sulfate de magnésie	10 à 30 gr.
Infusion de café	100 gr.
Sirop de sucre	30 gr.
6° Sulfate de soude	10 à 30 gr.

dans une tasse de bouillon salé.

***

120. — Traitement des crampes des mollets chez les femmes enceintes. — M. le docteur J. Bolton (de Nottingham) préconise le sulfate de cuivre pris à la dose de cinq milligrammes, dans un verre d'eau au moment du coucher. Ce médicament aurait la propriété d'enrayer complètement les crampes des muscles du mollet si fréquentes pendant la nuit chez les femmes enceintes.

D'après ce médecin, on pourrait chaque soir renouveler la médication et la prolonger sans inconvénients autant qu'il serait nécessaire.

***

121. — L'aristol en gynécologie. — Swieciki :

1° Aristol	5	grammes.
Gomme pulvérisée	0.25	centigr.
Eau et glycérine	q. s., le moins possible.	

P. 5 crayons à placer dans la cavité cervicale de l'utérus.

2° Aristol	0.50 à 1 gramme.
Beurre de cacao	Q. S.

Pour 1 suppositoire olivaire.

D'après le Dr Vinay (maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon), l'aristol aurait donné de bons résultats dans le pansement des gerçures du sein.

Après chaque tétée, badigeonner le mamelon avec

Aristol	4 grammes.
Vaseline liquide	20 grammes.

***

122. — Traitement de l'endométrite tuberculeuse (Jouin). — On dilate deux ou trois fois la cavité utérine avec une tige de laminaire préparée antiseptiquement, c'est-à-dire trempée pendant douze heures au moins dans de l'éther iodoformé. Puis, à quelques jours d'intervalle, on applique successivement une quinzaine de bâtonnets d'iodoforme, qui, dans les formes primitives, guérissent la lésion locale et améliorent l'état général. A l'intérieur, on prescrit les préparations créosotées. Abstinence complète de rapports sexuels jusqu'à guérison définitive.

***

123. — De l'ichtiol dans le traitement des maladies des femmes. — Le Dr Richard Bloch a employé l'ichtiol (sulfoichtiolate d'ammoniaque) dans 45 cas de différentes affections génitales de la femme.

Il le considère comme supérieur aux autres substances topiques usitées (nitrate d'argent, iode et vinaigre, créoline, acide phénique, etc.).

Il a une action spécifique sur la muqueuse de l'appareil génital et ne provoque aucune réaction locale, ni générale.

L'injection intra-utérine d'une solution à 10 % d'ichtiol dans de la glycérine n'est suivie d'aucune réaction.

L'application de l'ichtiol pur seul sur la muqueuse vaginale provoque des érosions et même de la douleur.

A l'action résolutive et calmante, j'ajoute sa propriété de diminuer la sécrétion de la muqueuse vaginale et utérine, et d'en modifier la nature.

Dans les inflammations aiguës (blennorrhagiques ou non), il diminue le gonflement et la rougeur.

L'ichtiol agit très efficacement dans la métrite du col, grâce à sa propriété de contracter les vaisseaux.

Les érosions du col cèdent promptement à l'application de l'ichtiol pur.

Le Dr Bloch conclut que l'ichtiol est un médicament des plus précieux, dont la gynécologie s'est enrichie. (*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 1890, et *Journal Akouchorstwa*, 1891, n° 2.).

***

124. — Chloasma et taches de la grossesse ou autres éphélides. (Besnier.)

Onguent de Vigo.....	15 gram.
Vaseline.....	15 —

Sur une mousseline qu'on recouvre de taffetas gommé.

Le matin, on nettoie la peau à l'eau chaude, et, pendant le jour, on y applique une pommade composée de :

Carbonate de bismuth.....	ãã 10 gr.
Kaolin.....	
Vaseline.....	40 —

***

125. — Traitement de la broncho-pneumonie des enfants. (Saint-Philippe.) — Au point de vue du traitement de la broncho-pneumonie des enfants il y a deux indications, une légitimée par un élément fixe, la bronchite ; l'autre par un élément mobile, la lésion pulmonaire ; mais cette dernière prime de beaucoup la première, car la poussée congestive peut être subite, étendue et entraver l'hématose au point d'amener la mort en peu d'heures.

C'est contre l'élément congestif qu'agit la quinine, administrée par la bouche, le rectum ou sous la peau. Le sulfate de quinine se donne dans du café noir ou avec l'extrait de réglisse. Chez les enfants petits et indociles, on a recours au lavement ou à la pommade ; mais ces préparations sont lentes à agir et peu fidèles. Il vaut mieux faire pénétrer le médicament par injections sous-cutanées d'après la formule suivante :

Chlorhydrate de quinine.....	2 à 4 gr.
Glycérine.....	ââ 10 gr.
Eau.....	

On peut introduire ainsi de 0,20 à 0,40 centigrammes de médicament en injectant deux seringues de la solution, qu'on tiédit, si elle se trouble par le froid.

La quinine forme le fond du traitement, mais on lui adjoint les mouches de Milan, au niveau des divers foyers de râles, ou le vésicatoire. L'auteur les fait même suppurer quelque temps.

Dans le catarrhe suffocant on a recours aux sinapismes, aux vésicatoires larges, aux ventouses scarifiées, aux sangsues, en mesurant l'intervention à l'âge de l'enfant.

Comme médicament supplémentaire on peut se servir de l'alcoolature de racines d'aconit (V à XX gouttes en vingt-quatre heures ; 1 à 2 gouttes toutes les heures) dans le sirop d'ipéca composé, dans la bronchite intense, dans le sirop de quinquina ou de punch si l'état général est mauvais.

Contre l'excitation, pas d'opium, mais des bains tempérés et un peu d'antipyrine ; si la toux est quinteuse, des fumigations.

Dans les cas très intenses, la quinine et l'aconit le cèdent à la caféine en injections sous-cutanées, puis à la digitale et à l'alcool. L'oxygène en inhalations fait mieux que les injections d'éther.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

***

126.— Constipation chronique, procédé facile pour la vaincre. — M. le docteur Platan a guéri une quarantaine de malades par le moyen suivant : Il déplisse les plis de l'anus et, sur la muqueuse ainsi mise au jour, il dépose quelques grammes d'acide borique pulvérisé, ce qui suffit pour réveiller les contractions intestinales. Si l'effet n'a pas lieu, il insuffle les médicaments dans le rectum. — P. N.

***

127. — Le sulfoichthyolate d'ammoniaque dans la blennorrhagie. — Koster a obtenu des succès éclatants dans le traitement de 4 cas de blennorrhagie (3 hommes, 1 cystite blennorrhagique chez une femme) par une solution à 1 % de sulfoichthyolate d'ammoniaque. Chez les hommes, il ordonnait des injections uréthrales répétées 3 fois dans la journée : disparition des douleurs à la miction et des érections nocturnes douloureuses dès le deuxième jour après l'institution du traitement, cessation complète de l'écoulement après 8-20 jours. Chez la femme il injecta pendant 6-8 jours, dans la vessie, 2 fois par jour, jusqu'à 150 grammes de cette solution qu'il laissa séjourner pendant cinq minutes ; il répéta les mêmes injections pendant 8 jours encore, mais seulement une fois en 24 heures : douleurs diminuées rapidement, dépôt muco-purulent abondant de l'urine disparu dès le troisième jour, guérison complète après 14 jours. (*Wien. med. Wchschrft.*, n° 47, p. 1866., et *Journal de médecine de Paris.*)

***

128. — Massage du gros intestin contre la constipation chronique. — Dans les cas d'atonie des plans musculaires de l'intestin, M. Eratini (*Il raccogliotore medico* 1891, n° 13) a recours au massage du gros intestin, pratiqué sur le trajet du côlon ascendant et du côlon transverse, au besoin sur le trajet du côlon descendant. Il est de règle qu'immédiatement après une séance de massage, se produise une évacuation de matières fécales. Les séances sont répétées tous les deux ou trois jours ; elles ont une durée de 8 à 10 minutes au début ; une durée deux fois moindre suffit plus tard.

***

129. — Traitement de la paralysie diphtérique par les injections de strychnine, par M. Rosenzweig. — Dans les qua-

tre cas rapportés par l'auteur, il s'agissait d'enfants qui, à la suite d'angine d'intensité variable, furent pris de paralysie complète du voile du palais, accompagnée une fois de paralysie des muscles du larynx, et une autre de parésie des membres inférieurs. (*Thérap. Monat.*, avril 1891.)

Injecté à la dose de 2 à 3 milligrammes dans la région de la nuque, le sulfate de strychnine a amené une guérison rapide. Les injections avaient été renouvelées à un ou deux jours d'intervalle.

(*La méd. hypod.*)

***

130. — Pleurésie de l'enfance, par J. Simon. — Nous extrayons d'une récente clinique du Dr J. Simon les principales indications qui doivent guider dans le traitement des pleurésies de l'enfance.

Précautions générales. — Tenir au chaud, ouate sur la poitrine et aux pieds.

A l'intérieur : Calomel 0 gr. 01 à 0 gr. 05 centigrammes tous les deux ou trois jours, pour amener dérivation intestinale. — Digitale, X à XX gouttes de teinture comme diurétique et antiphlogistique ; lait chaud, tisanes diurétiques.

A l'extérieur : Contre l'élément douleur : cataplasmes sinapisés.

a) Si la résolution de l'épanchement traîne : appliquer vésicatoires, mais avec les précautions suivantes :

1° Camphrer le vésicatoire ;

2° Vésicatoire de 4 centimètres de diamètre seulement;

3° Ne le laisser que trois heures au maximum ;

4° Pansements boriqués.

b) Si l'épanchement passe à la purulence, deux traitements peuvent seuls donner des résultats.

Ou bien : 1° *Thoracentèse avec lavages antiseptiques*. — Ne pas faire la thoracentèse avant cinq ou six semaines après le début de la pleurésie.

Faire la ponction sur la ligne axillaire en raison du rapprochement des côtes en arrière. Si la pleurésie est enkystée, choisir le point voulu.

Prévenir la famille de la possibilité d'une ponction blanche.

Faire l'aspiration, comme le lavage, très lentement.

Lavages avec l'eau boriquée.

Il faut quelquefois 10 ponctions avant d'obtenir la guérison.

Ou bien : 2° *Empyème.* — Choisir le 5e ou 6e espace intercostal si la pleurésie est à droite ; le 6e ou 7e espace si elle est à gauche.

Incision de 4 à 5 centimètres, sur le milieu de l'espace, sur la ligne axillaire ;

Suivre le bord supérieur de la côte inférieure ;

Ponction de la plèvre très légère pour ne pas perforer le poumon qui est souvent adhérent ;

Drains bien fixés par une épingle, plongeant dans la plèvre ;

Lavages boriqués deux fois par jour

Pansements antiseptiques. — Surveiller la plaie. — Antisepsie la plus rigoureuse.

Traitement général. — Relever les forces à l'aide des toniques. (*Progrès médical*, janv. 1891.)

***

131. — Traitement de la paralysie infantile. (Jules Simon.) — Au début, révulsion sur la colonne vertébrale, en un point correspondant à l'origine des racines des nerfs paralysés. Employer pour cela les agents les moins douloureux.

En même temps, stimuler les fonctions générales de la peau par des bains d'eau chaude ou de vapeur donnés dans le lit de l'enfant.

Chloral, aconit, ciguë, pour calmer l'excitation nerveuse.

Après les huit premiers jours, c'est l'électrisation qui doit être la base du traitement.

Courants galvaniques faibles ; au bras la plaque négative restant dans la cuvette où plonge la main. Ne pas dépasser huit à dix minutes. Plus tard, électricité faradique, et toujours avec la même prudence.

Comme médicament : teinture de noix vomique, une goutte aux deux principaux repas. La diluer avec 9 gouttes de teinture de colombo, et prescrire 10 gouttes de ce mélange, pour éviter toute erreur.

Au bout de huit à dix jours, et même avant s'il survenait quelques accidents, remplacer par 1 milligramme d'arséniate de soude, et ainsi de suite en alternant.

Beaucoup plus tard, bains salés ou sulfureux.

Le traitement doit être continué longtemps.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

***

132. — Quelques formules recommandées contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — HUBERT :

Eau distillée..... 120 grammes.
Iodure de potassium..... 6 grammes.
Teinture d'iode..... VI gouttes.
3 cuillerées à soupe par jour.

RANDOLPH.
Créosote de hêtre..... X gouttes.
Acide acétique..... XX gouttes
Sulfate de morphine..... 0,06 centigr.
Eau..... 30 grammes.
F. S. A. 2 à 3 cuillerées à café toutes les demi-heures.

E. STUVER :
Hydrochlorate de cocaïne..... 0,10 centigr.
Antipyrine..... 1 gramme.
Eau distillée..... 50 grammes.
Sp. de fleurs d'oranger..... 90 grammes.

Par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure, puis d'heure en heure. — On peut associer la glace.

Quelques auteurs conseillent encore :

a Menthol..... 1 gramme.
Alcool..... 20 grammes.
Sirop de sucre..... 50 grammes.
A prendre par cuillerées à café toutes les heures.

b Elixir opiacé..... XXX gouttes.
Bromure de potassium..... 1 gramme.
Eau..... 60 grammes.

c Oxalate de cérium.. 5 grammes en 20 cachets
A prendre un cachet toutes les 3 heures.

d Extrait fluide de viburnum.. 3 gr. 75 centigr.
A prendre plusieurs fois de suite.

***

133. — Traitement de l'endométrite chronique par l'acide borique. — M. Alexander Duke (de Dublin) a obtenu des résultats satisfaisants en traitant les douleurs vaginales chroniques et aiguës et les ulcérations du col utérin par l'acide borique. Il a appliqué le même remède à l'endométrite chronique, et trouve que ce traitement mène plus fidèlement à la guérison que les moyens ordinaires (cautérisation, etc.), usités dans ces cas.

Pour l'introduction de la poudre boriquée dans la cavité utérine, l'auteur se sert d'un tube légèrement recourbé muni d'un mandrin, s'appliquant bien au calibre du tube.

Il retire le mandrin à 5 centimètres de son extrémité utérine, et plonge ce dernier dans un verre rempli de poudre d'acide borique.

Après avoir débarrassé la cavité utérine des mucosités avec une curette en fil de fer (inventée par l'auteur), il introduit le tube dans le col utérin et presse sur le mandrin.

Il fait ainsi entrer « un bâtonnet de poutre boriquée pressurée ».

Il saupoudre abondamment le vagin et la muqueuse externe du col.

On répète les séances tous les 3 à 4 jours.

Les cas les plus invétérés exigent 12 séances au plus.

Ce moyen est simple, facile et plus agréable, pour les malades et le médecin, que les différentes pommades et liquides usités.

L'auteur attribue l'action de l'acide borique à ses propriétés antiseptiques et astringentes, ainsi qu'à son affinité avec l'eau qui empêche l'hypérémie des tissus. (*The British medical Journal*, 1890, décembre, et *Mediz Obozr.*, 1890, n° 1.)

***

134. — Traitement de la septicémie puerpérale. — La septicémie puerpérale, comme les autres infections générales du sang, est due aux toxalbumines sécrétées par les microbes ; la guérison naturelle s'obtient par l'élimination de ces produits toxiques par les urines, les glandes sudorales, la salive, les matières fécales, etc.

Le Dr Swiecicki, s'inspirant de ces principes, pense que le traitement des injections septiques doit tendre à l'élimination des produits toxiques par les voies de sécrétion.

Il est en cela d'accord avec le Dr Sahli qui proposa l'année dernière « le lavage de l'organisme » dans les maladies infectieuses et que nous avons signalé dans un précédent numéro.

L'auteur a traité un cas de septicémie puerpérale de la façon suivante : 1° Introduction d'un litre d'une solution physiologique de sel de cuisine, d'abord toutes les heures, ensuite toutes les 2-3 heures. 2° Injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine (0 gr. 01 à la fois), deux fois par jour. 3° Alcool comme stimulant.

La malade a reçu 17 litres de la solution salée et 6 injections de pilocarpine en tout. Elle était au 5e jour de l'accouchement au début du traitement.

L'action favorable du traitement s'est manifestée déjà au 2e jour, grâce à l'augmentation de la quantité d'urine, de sueurs et de la sécrétion salivaire. La malade qui présentait tous les phénomènes de la septicémie entra rapidement en voie de guérison ; la fièvre diminuait graduellement, le pouls devenait plein et les frissons rares et courts. L'injection de la solution salée dans l'estomac peut être remplacée par l'injection rectale. (*Pizeglad Ckarkis*, 24 janvier, *Wratch* 1891, n° 14.)

***

135. — Traitement de la paralysie diphthéritique du palais par les injections de strychnine. — Le Dr Rosenzweig cite 4 cas de paralysie diphthéritique du voile du palais qu'il a réussi à guérir par les injections sous-cutanées de strychnine 0 gr. 002 à 0 gr. 003 par injection dans la région dorsale). Le 8 décembre 1888. M. R. a été appelé près d'une petite fille de 6 ans atteinte d'une paralysie du voile du palais ; elle a eu la diphthérie, il y a quelques semaines. Le 9 il fait une injection de 0 gr. 002 de strychnine.

Déjà la nuit suivante, l'enfant, qui était complètement privé de sommeil par suite des accès de toux terribles, dort tout à fait tranquillement. Jusqu'au 19 décembre, les injections ont été répétées 5 fois ; le trouble de la déglutition, le nasillement, l'insomnie, tout a disparu ; l'enfant guérit. Même résultat dans les 3 autres cas (enfants de 8, 9 et 12 ans). (*Therapeutische Monats.*, avril, et *Wratch* 1891, n° 16.)

***

136. — Bronchite convulsive ou coqueluche. — Tous les jours d'abord, puis tous les deux jours, administrer à l'enfant un vomitif avec l'ipéca et non le tartre stibié, en raison de son action asthénique.

1° Poudre d'ipéca..... 1 gr.
Sirop d'ipéca..... 90 gr.

Faire prendre à l'enfant de cinq en cinq minutes jusqu'au deuxième ou troisième vomissement, si les accès sont très répétés, une cuillerée à café de la potion vomitive ci-dessus.

2° Toutes les deux, trois ou quatre heures selon l'âge, donner une cuillerée *à café* du sirop composé, antispasmodique :

Bromure de potassium..... 8 gr.
Sirop de belladone..... } *ãã* 40 —
— de laurier cerise..... }
— diacode..... 20 —
— de grindelia robusta..... 100 —

(*Clinique française.*)

***

137. — Douleurs utérines post-partum. (Rutherford.)

Quinine..... 1 gram.
Opium en poudre..... 50 centigr.

F. s. a. 15 pilules. Une pilule toutes les deux ou quatre heures.

FORMULAIRE

—

Emploi du sulfoichtyolate d'ammonium dans l'endométrite cervicale. (Jules Chéron.)

Le sulfoichtyolate d'ammonium est une combinaison d'ichtyol et d'ammonium, c'est le composé le plus stable et le plus utilisé de l'ichtyol.

L'ichtyol, récemment introduit dans la thérapeutique dermatologique par Unna, est un produit naturel extrait par distillation d'une roche bitumeuse du Tyrol, formée par un résidu de matières animales décomposées, provenant de poissons et d'animaux marins préhistoriques. Il a l'aspect du goudron dont il se distingue par son odeur spéciale, par ses propriétés physiques et chimiques telles que sa richesse en soufre, sa solubilité dans l'eau pure, son mélange facile avec les graisses, les huiles, la vaseline, la lanoline et la glycérine.

Au point de vue physiologique, c'est un astringent, un desséchant de premier ordre ; il anémie et décongestionne les tissus avec lesquels il est mis en contact et cela avec une rapidité qui en fait un antiphlogistique très puissant.

MM. Freund (de Strasbourg) et Schauta (de Prague) ont utilisé les propriétés physiologiques de l'ichtyol pour le traitement local de l'endométrite ; les résultats excellents qu'ils ont annoncés m'ont engagé à expérimenter à mon tour ce nouveau médicament.

Après un certain nombre d'essais, faits dans mon service de Saint-Lazare, j'ai à peu près renoncé au badigeonnage de la cavité utérine avec l'ichtyol ; je n'ai pas observé d'amélioration très nette du catarrhe utérin par l'emploi de ce moyen.

En revanche, j'ai été surpris de la rapidité d'action du sulfo-ichtyolate d'ammonium dans le catarrhe cervical, dans les ectropions et dans la congestion du col. Après quelques badigeonnages du canal cervical avec un mélange d'ichtyol et de glycérine, les malades déclarent elles-mêmes qu'elles ne perdent plus ces mèches muco-purulentes ou purulentes qui se détachaient de l'utérus plusieurs fois par jour et que les autres modes de traitement modifiaient, atténuaient, mais ne parvenaient pas à faire disparaître complètement.

Dans les cas d'ectropions congestionnés, violacés, boursouflés, si on a recours aux tampons ichtyolés, on voit bientôt les ectropions se dessécher, pâlir, diminuer de volume en même temps que le col tou entier revient à la coloration normale.

L'endométrite cervicale avec ou sans ectropions et produisant un catarrrhe abondant, telle me semble donc être jusqu'ici l'indication la plus importante de l'ichtyol.

Voici les formules que j'ai employées :

A. — Sulfo-ichtyolate d'ammonium.... 10 grammes
Glycérine neutre à 30° Baumé.... 40 grammes

pour badigeonnages du canal cervical, une fois tous les 4 ou 5 jours, à l'aide de la sonde de Playfair entourée d'ouate hydrophile qu'on imbibe avec le mélange précédent.

B. — Sulfo-ichtyolate d'ammonium.... 20 grammes
Glycérine neutre à 30° Baumé..... 200 grammes

pour pansements vaginaux.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LA RÉHABILITATION DE LA PELVI-PÉRITONITE.

Depuis quelques années, il n'est plus question, dans les Sociétés savantes, dans les cliniques des hôpitaux, dans les journaux de médecine, que des seules lésions des annexes de l'utérus; salpingites, ovarites, abcès tubaires ou pyo-salpinx, abcès tubo-ovariens, etc. Le phlegmon du ligament large a disparu ; la pelvi-péritonite n'est plus qu'un souvenir.

La gynécologie s'est simplifiée d'une façon étonnante, aussi est-il de mode de mépriser ceux qui se livrent encore aujourd'hui à des recherches bibliographiques, persuadés que la science n'a pas été inventée de toutes pièces en quelques jours ; aussi est-il de mode de railler ceux qui se donnent la peine de s'exercer longuement à l'interrogatoire minutieux et à l'observation patiente des malades, de se rompre aux finesses de l'examen bi-manuel dans le but d'arriver à un diagnostic précis, ceux qui veulent s'ingénier à varier les interventions suivant les cas. A quoi bon lire les travaux de Récamier, de Huguier, de Bernutz et Goupil, puisque tout est changé, puisque la gynécologie date d'hier, puisque le diagnostic n'est possible que par la laparotomie, puisque la castration tubo-ovarienne ou l'hystérectomie sont, à elles seules, les remèdes à tous les maux ?

Nos lecteurs se rappellent, sans doute, que mon savant maître

M. le Dr J. Chéron, consacra, dans ce journal (1) de longues pages à la description des pelvi-péritonites et de la cellulite pelvienne dont il admettait l'existence propre et qu'il cherchait à différencier (d'après la symptomatologie, d'après l'évolution, d'après les signes physiques) des salpingo-ovarites auxquelles il accordait une grande place sans vouloir accepter cependant que les lésions des annexes fussent seules dignes d'attention. A ce moment, il y a deux ans environ, la salpingotomie faisait rage — c'était une peste nouvelle, s'abattant sur les femmes : elles ne mouraient pas toutes, mais toutes étaient castrées. Aussi le travail de M. Chéron fut-il, sans doute, considéré par la jeune école gynécologique comme une œuvre retardataire et inutile à méditer. Il est vrai qu'on enveloppait du même dédain cette merveille d'observation judicieuse et patiente, cette remarquable description de la pelvi-péritonite que nous ont laissée Bernutz et Goupil, dans leur clinique médicale sur les maladies des femmes (2). Il est juste cependant de citer une exception très honorable : M. Delbet (3) n'a pas craint de travailler, lui aussi, un sujet sur lequel tout le monde semblait admettre qu'il n'y avait plus rien à dire et l'étude consciencieuse qu'il a faite l'a conduit à la même conclusion qui avait déjà été défendue par mon maître, à savoir que la pelvi-péritonite a son existence propre, qu'elle ne doit pas être rayée du cadre nosologique et que son histoire ne rentre nullement dans celle des salpingites.

Lors du dernier congrès des chirurgiens français, M. Reclus (4) présenta quatre observations tendant à démontrer l'existence de la pelvi-péritonite purulente, à titre de lésion absolument distincte de l'abcès tubaire ou pyo-salpinx. Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Pozzi, qui, dans son traité de gynécologie récemment paru, avait rayé la périmétrite comme la paramétrite de sa nosographie, ne voulut pas se laisser convaincre, réclamant, pour changer d'opinion, qu'on vînt lui mon-

(1). J. Chéron. Les salpingo-ovarites, les pelvi-péritonites et la cellulite pelvienne. *Revue des maladies des femmes*, 1889 et numéros suivants.

(2) *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, Paris 1862, t. II.

(3) *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*, Paris 1890.

(4) Voir *Revue m. c. des maladies des femmes*, mai 1891, p. 281.

trer des trompes saines et une collection purulente dans le péritoine. Cette preuve irréfutable, M. Reclus (1) nous l'apporte aujourd'hui, en publiant une observation de la plus haute importance que nous allons reproduire *in extenso.*

« Une femme de 29 ans accouche, dit M. Reclus ; deux jours après, elle est prise tout à coup d'un grand frisson et la fièvre s'allume. Le ventre, très douloureux, se météorise et la constipation s'établit ; mais ces symptômes inquiétants s'amendent à ce point que, le surlendemain, la malade se lève et vaque à son ménage. Néanmoins, l'abdomen tout entier reste sensible à la pression ; la défécation devient difficile, puis la miction ; la faiblesse augmente, la figure se tire et cet état persistant finit par inquiéter la malheureuse qui entre dans notre service, sept semaines après la délivrance.

« Nous l'examinons alors et voici ce que nous pouvons constater : La palpation du ventre, encore fort douloureuse surtout à l'hypogastre, révèle l'existence d'un utérus en involution incomplète et dont le fond remonte encore à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Il est refoulé, en avant, par une masse irrégulière et résistante qui plonge dans le petit bassin vers la cavité de Douglas. Au toucher vaginal, le col est mou, les culs-de-sac sont effacés surtout à gauche et en arrière où l'on sent une tumeur, dont on apprécie les limites par la palpation bi-manuelle — et l'utérus, l'empâtement que nous avons signalé en haut et la tuméfaction qui bombe dans le vagin et dans le rectum semblent ne former qu'une seule et même masse chaude douloureuse, irrégulière et sans fluctuation appréciable. Nous diagnostiquons : pelvi-péritonite et nous nous décidons à pratiquer la laparotomie.

« Une incision est faite sur la ligne blanche et du pubis à l'ombilic ; l'embonpoint de la malade nécessitait ce large débridement ; du péritoine ouvert s'écoule une assez grande quantité de sérosité limpide et les intestins apparaissent. Nous les refoulons avec une compresse antiseptique et nous voyons le fond de l'utérus rouge, turgescent, et qui dépasse la symphyse de plus de trois travers de doigt. A droite et à gauche les annexes adhèrent aux franges épiploïques dont nous les détachons assez facilement et nous pouvons alors les examiner avec soin. Les ovaires sont plus volumineux qu'à l'ordinaire et comme farcis de kystes innombrables remplis de sérosité citrine ; l'un d'eux cependant, l'ovaire gauche, contient une cavité distendue par une collection puru-

(1) Reclus. De la pelvi-péritonite. *La Semaine médicale,* 15 juillet 1891.

lente, la seule, ainsi que nous avons pu nous en convaincre, plus tard, par la coupe méthodique de l'organe.

« Les deux trompes sont roses, souples, de consistance, d'aspect et de volume normaux ; aucune de leurs altérations n'aurait pu nous échapper, car la dégénérescence scléro-kystique des deux ovaires ayant absolument compromis les fonctions reproductives, nous avons enlevé les annexes, et c'est après l'opération, et tout à notre aise, que nous avons pu en faire l'étude. Le pavillon n'est pas oblitéré et la cavité salpingienne ne contient ni pus, ni sérosité. Il est impossible de reconnaître sur la muqueuse la plus légère des lésions. Ces recherches anatomo-pathologiques ont été continuées au laboratoire et le microscope n'a rien montré de particulier dans aucune des trois tuniques ; seule la membrane séreuse paraît un peu épaissie. En tout cas, les trompes existent saines et sans dilatation, et s'il se trouve, dans le petit bassin, une collection purulente, un abcès pelvien, celui-ci ne sera donc pas « un kyste tubaire qui, d'abord libre, a été soudé aux parois par un travail ultérieur ».

« Or cet abcès pelvien existe : nous trouvons, en arrière de l'utérus, après avoir décollé une anse intestinale et des franges épiploïques adhérentes à la matrice, une cavité du volume des deux poings et d'où s'échappe un flot de pus. La poche s'étend en bas jusqu'au col utérin, qu'elle dépasse même : elle semble dédoubler la cloison recto-vaginale. En avant, la poche a pour limite les ligaments larges qui la séparent d'une autre collection antérieure moins volumineuse et située entre la matrice et la vessie.

« L'utérus est donc, pour ainsi dire, baigné dans le pus qui l'entoure de toutes parts, sauf sur les côtés, au niveau de l'insertion des deux ligaments larges.

« Ajoutons que nos deux poches ont été essuyées et drainées à la Mikulicz. Les suites de l'opération ont été simples et, à cette heure, notre opérée est guérie. »

Conclusion : la pelvi-péritonite existe ; elle peut même exister sans lésion tubaire, comme dans le cas si intéressant de M. Reclus. Plus souvent, la pelvi-péritonite purulente s'accompagne d'abcès tubaires ; en revanche, certaines collections purulentes des trompes peuvent persister pendant longtemps sans donner lieu à d'autres accidents, du côté du péritoine, qu'à de la pelvi-péritonite séro-adhésive. Il y a une très grande variété de types

morbides, et, de chacun d'eux, on trouvera des exemples dans Bernutz et Goupil, dont l'œuvre mérite d'être méditée encore aujourd'hui par tous ceux qui veulent faire de la bonne gynécologie. Sans doute, la pathogénie des lésions pelviennes a fait de grands progrès, de même que la thérapeutique, et c'est surtout à ce point de vue que les travaux récents sont utiles, mais l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic de la pelvi-péritonite ne seront peut-être jamais mieux exposés que dans « la Clinique médicale sur les maladies des femmes ». Relisez donc avec soin cet ouvrage ; cette lecture est au moins aussi intéressante et certainement plus utile que celle des longues statistiques publiées chaque jour par les laparotomistes.

Jules BATUAUD.

ÉTUDE DE L'ENDOMÉTRITE

qui complique les tumeurs fibreuses,

Par le Dr Jules BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

—

Utilité de cette étude. — Historique. — Description macroscopique. — Description histologique dans deux cas de Wyder. — Résumé des recherches de Von Campe, de Cornil, de Curatulo. — Préparations inédites. — Résumé de l'état de la muqueuse utérine dans les vingt cas de Wyder et conclusions à en tirer au point de vue de la pathogénie des hémorrhagies.

Qu'elles se présentent sous la forme de ménorrhagies ou sous la forme de métrorrhagies, les pertes de sang qui accompagnent les tumeurs fibreuses ne peuvent provenir que de la muqueuse utérine. Il est bien établi, depuis longtemps, que, même dans le cas de polype fibreux intra-utérin, ce n'est pas le polype lui-même qui saigne, mais bien la muqueuse utérine. *A fortiori*, la source de l'hémorrhagie doit-elle être cherchée dans cette même muqueuse lorsqu'on se trouve en présence de fibromes interstitiels ou de fibromes sous-péritonéaux.

Avant donc de discuter la pathogénie des hémorrhagies en rapport avec les myomes, il est indispensable de connaître exactement l'état de la muqueuse utérine lorsque la matrice est le siège d'une tumeur fibreuse. Or, la pathogénie est la seule base scientifique du traitement. Tant que cette pathogénie n'a pas été connue, le traitement des hémorrhagies soi-disant symptomatiques des fibro-myomes n'a pu être basé que sur l'empirisme le plus décevant. On s'est mis à essayer au hasard toute la série des hémostatiques médicaux et cela sans grand bénéfice pour les malades ou du moins pour un grand nombre d'entre elles. L'inconstance des résultats, due à l'ignorance où l'on était de la véritable cause de l'hémorrhagie dans les cas rebelles, a eu pour conséquence ce fait déplorable qu'on en est arrivé à ne plus voir de moyen terme entre l'expectation aidée de mesures hygiéniques telles que le repos au lit pendant les pertes, la proscription des rapports sexuels, etc., et le traitement radical représenté par l'ablation de la tumeur, quelque dangereuse que pût être l'intervention chirurgicale.

Ces considérations me semblent suffisantes pour justifier les développements que je vais donner à l'étude de l'endométrite qui complique les tumeurs fibreuses. Malgré l'intérêt de cette question, j'aurais préféré me borner à la présenter brièvement, car je n'ai nullement la prétention d'être histologiste, mais je suis contraint à entrer dans les détails, le travail le plus important sur ce sujet n'ayant pas encore été traduit en langue française.

Historique. — Pour trouver des renseignements précis sur l'état de l'endomètre dans le cas de tumeurs fibreuses de la matrice, il n'y a pas à revenir bien loin en arrière; les traités spéciaux eux-mêmes ne contenaient, jusqu'à ces dernières années, que des notions vagues, bien insuffisantes pour servir de base à un traitement rationnel.

C'est ainsi que, en 1876, Demarquay et St. Vel (1) se contentent d'un seul mot : « C'est de celle-ci (la muqueuse), disent-ils, que

(1) Demarquay et St. Vel, *Traité clinique des maladies de l'utérus*, Paris, 1876, p. 222.

provient l'hémorrhagie, soit qu'elle résulte d'une exagération du flux menstruel ou d'une congestion accidentelle produite par le corps fibreux sur la muqueuse hypertrophiée ».

Gaillard Thomas (1), en 1879, avait entrevu la vérité, en plaçant l'endométrite parmi les complications habituelles des tumeurs fibreuses ; malheureusement il ne fit pas de recherches complètes ; il se contenta de dire : « Il arrive *quelquefois* que, par suite de l'hypérémie dont elle est l'objet, la muqueuse utérine devient le siège de petites tumeurs fongueuses qui provoquent et entretiennent l'hémorrhagie » et très logiquement il conclut à l'utilité du curettage dans ces cas, et même, en l'absence de fongosités, dit-il, « la curette aura été utile en resserrant les vaisseaux de la muqueuse et en diminuant la congestion ». A l'époque où écrivait Gaillard Thomas, on accordait malheureusement aux fongosités une importance trop grande. Il y aurait beaucoup à dire sur l'influence fâcheuse qu'eut longtemps ce terme de « fongosités » sur la vulgarisation de l'opération de Récamier, le curettage de la cavité utérine... tant il est vrai qu'une science n'est qu'une langue bien faite, comme on l'a souvent répété.

La 3e édition du traité de Courty (2), parue en 1881, est encore moins explicite. On y lit : « L'hémorrhagie tient à la fluxion que l'accroissement du fibrome entretient dans la matrice et à l'altération de la muqueuse utérine par la présence de cette lésion organique. »

Dans le *Manuel de Gynécologie* de Hart et Barbour (3), traduit en 1886, nous n'avons qu'une phrase à citer, la voici : « Dans la ménorrhagie, l'écoulement sanguin vient de la muqueuse utérine hypertrophiée dans son ensemble, il ne vient pas de la muqueuse recouvrant la surface de la tumeur, qui est fréquemment amincie et atrophiée, ni des tissus de la tumeur elle-même qui, comme nous l'avons vu, est très peu vasculaire ».

(1) Gaillard Thomas, *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. de A. Lutaud, Paris 1879, p. 450.

(2) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus etc.*, 3e édit. Paris, 881, p. 1.096.

(3) Hart et Barbour, *Manuel de Gynécologie*. Trad. franç. Paris, 1886, p. 448.

J. Heitzmann (1) a été cité à tort, par quelques auteurs, comme ayant le premier décrit avec soin l'endométrite qui complique les myomes utérins.

Cet honneur revient, sans contestation possible, à Th. Wyder (2), dont le premier travail sur la question remonte à 1878 ; il faut dire cependant que c'est seulement sa belle étude de 1886 (3) qui eut le retentissement auquel elle avait droit, et qui entraîna la conviction pleine et entière des histologistes aussi bien que celle des gynécologues. C'est pourquoi il est juste d'associer au nom de Wyder celui de Von Campe (4) qui, en 1884, alors que personne ne se préoccupait de cette question, fit une importante communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, sur l'état de la muqueuse dans dix utérus myomateux enlevés par l'amputation supra-vaginale.

Depuis les publications de Wyder et de Von Campe, tout ce qui a été fait au point de vue histologique est venu confirmer les conclusions de ces auteurs. Citons Heitzmann (5), Cornil (6) et enfin Curatulo (7), dont le travail est tout récent.

Les figures inédites que je donne à la fin de ce travail sont dues à l'obligeance de M. le Dr Latteux qui a bien voulu examiner à ma demande et dessiner des préparations de fragments de muqueuse utérine provenant les uns d'une malade curettée par le Dr Segond à la Maison municipale de santé et les autres d'une malade que j'avais curettée moi-même à la clinique de M. le Dr Chéron.

(1) Heitzmann, *Centralblatt für Gynaek.*, 1888, n° 15.

(2) Th. Wyder. Beitrage zur normalem und pathol. Histologie der menschl. Uter. *Archiv. für Gynaekol.* Bd. XIII, p. 1.

(3) Th. Wyder, Die Mucosa uteri bei Myomen. *Arch. für Gynaekol* (1886). Bd. 29, p. 1.

(4) Von Campe, Ueber das Verhalten des Endometrium bei Myomen. *Zeitschr. für Geburt. und Gynaek.* Bd. X, p. 356.

(5) J. Heitzmann, *loc cit.*

(6) Cornil. *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus.* Paris 1889.

(7) Curatulo. Rich. istol. e cons. clin. sulle alter. della mucosa uter. nei tumori della matrice. *Annali di obstetricia e ginecologia.* Milan, janv. et février 1891.

DESCRIPTION DE L'ENDOMÉTRITE QUI COMPLIQUE LES TUMEURS FIBREUSES.

Lorsqu'on ouvre la cavité utérine dans un cas de tumeur fibreuse, il est rare qu'on trouve la muqueuse absolument normale. Presque toujours, cette muqueuse est plus épaissie, plus spongieuse, plus vasculaire que dans les conditions physiologiques. En certains points, au lieu de présenter, sur une coupe verticale, une épaisseur de 1 millimètre, ce qui, d'après Cornil (I), est l'épaisseur normale, elle atteint 2, 3, et quelquefois jusqu'à 5 et 6 millimètres. A sa surface, on voit tantôt des petites vésicules transparentes qui représentent des cavités glandulaires devenues kystiques, tantôt des excroissances translucides, connues sous le nom de végétations ou de fongosités. Lorsque le fibrome fait saillie dans la cavité utérine ou est très rapproché de cette cavité, l'état de la muqueuse est variable suivant les points considérés : ainsi, au contact de la tumeur, la muqueuse est ordinairement atrophiée et transformée plus ou moins nettement en tissu plus ferme, plus dur, plus fibreux en quelque sorte (endométrite interstitielle); dans les autres points, au contraire, la muqueuse est hypertrophiée, spongieuse, vasculaire, (endométrite glandulaire).

Il convient de ne pas se contenter de cet examen sommaire et il est nécessaire de décrire au moins quelques préparations histologiques d'une façon détaillée.

Nous allons emprunter nos premières descriptions à Wyder, et nous allons choisir deux cas : l'un de fibrome sous-séreux accompagné d'endométrite glandulaire hyperplasique (ou dégénérescence adénomateuse de nature bénigne) ; l'autre de fibrome interstitiel accompagné d'endométrite interglandulaire typique au contact de la tumeur et d'endométrite glandulaire dans les points éloignés de la tumeur.

Nous résumerons ensuite les travaux de Van Campe, de Cornil et de Curatulo et nous décrirons nos deux cas personnels.

Après cela, reproduisant le résumé des 20 cas de Wyder, et

(1) Cornil, *loc cit.*

rapprochant les lésions des symptômes observés, nous pourrons dire à quelle variété d'endométrite se rapportent plus particulièrement les hémorrhagies.

1° *Description d'un cas d'endométrite hyperplasique diffuse chez une malade atteinte de fibrome sous-séreux, d'après Wyder* (1).

« La muqueuse présente, au microscope, un aspect complètement aréolaire. Les cavités glandulaires, non élargies en certains points et modérément élargies en d'autres points, prennent une forme plus ou moins arrondie dans les parties superficielles de la muqueuse et, dans la profondeur, au contraire, ont la forme de fentes dirigées obliquement vers le parenchyme. Les glandes sont partiellement tapissées d'épithélium cylindrique dont le plus grand diamètre est de 0.02 millimètres ; çà et là, l'épithélium est tombé. Nulle part il n'existe de transformation carcinomateuse. Partout les coupes de glandes se montrent tapissées d'un épithélium cylindrique simple et la lumière des glandes est conservée ; nulle part les cavités glandulaires ne sont complètement remplies de cellules d'origine épithéliale.

Les bandes qui séparent les glandes sont très étroites et d'épaisseur un peu variable ; à la périphérie des culs-de-sac et dans les parties profondes les cellules fusiformes prédominent ; vers les régions moyenne et supérieure et au centre des bandes interglandulaires, il y a prédominance des cellules arrondies de moyen volume. Comme les cellules fusiformes sont munies de petits prolongements et parallèles les unes aux autres dans les parties profondes, le tissu interglandulaire prend à ce niveau le caractère du tissu conjonctif jeune.

Ce tissu interglandulaire est abondamment fourni de vaisseaux qui se présentent presque toujours comme sectionnés transversalement ; dans quelques points on constate une légère extravasation sanguine, mais la structure du tissu n'est nulle part méconnaissable.

(1) Voir la fig. 5 indiquée Fall II dans les planches annexées au mémoire de Wyder.

La ligne de démarcation entre la muqueuse et le parenchyme est partout très nette ; nulle part les glandes ne pénètrent dans le parenchyme qui, à sa limite, est légèrement dentelé.

2° *Etat de la muqueuse dans un cas de tumeur fibreuse interstitielle de la paroi postérieure d'après Wyder* (1).

a) Muqueuse qui recouvre la tumeur.

b) Muqueuse de la face opposée à la tumeur.

a) La muqueuse qui recouvre la tumeur offre un aspect différent suivant les points considérés. En général, elle est excessivement amincie et son épaisseur varie de 0,32 à 0,05 mill. Dans les points où elle est le plus épaisse, elle est parsemée presque partout de cavités vésiculaires arrondies et de fentes dont l'axe longitudinal est parallèle à la surface et qui sont partiellement tapissées d'épithélium cubique (cavités glandulaires élargies). Le tissu interglandulaire est transformé presque partout en tissu conjonctif riche en cellules fusiformes dont les prolongements anastomosés circonscrivent des espaces remplis de petites cellules rondes. Celles-ci sont très nombreuses à la surface, mais les cavités glandulaires sont elles-mêmes entourées de tissu conjonctif à cellules fusiformes.

Le parenchyme sous-jacent aux glandes est riche en vaisseaux artériels à parois épaisses. La muqueuse elle-même contient un grand nombre de capillaires sectionnés longitudinalement ou transversalement. Toute la muqueuse offre une teinte brune, comme si elle était imbibée par les matières colorantes du sang, mais on ne trouve nulle part de globules sanguins dans les tissus.

En d'autres points, les glandes sont complètement disparues et la muqueuse montre un tissu conjonctif homogène fortement ondulé, très pauvre en cellules et se distinguant très nettement du parenchyme. Vers la surface, la muqueuse paraît tantôt lisse,

(1) Voir la 3e planche de Wyder ; la fig. 101 du *Traité de Gynécologie* de M. Pozzi reproduit l'état de la muqueuse recouvrant la tumeur ; les fig. 100 et 103 du même ouvrage sont également empruntées au mémoire de Wyder et représentent des endométrites compliquant des myomes utérins.

tantôt fournie d'élevures papillaires aplaties. *Toute la figure donne l'expression d'une sclérose très complète du tissu conjonctif.* L'épithélium manque partout. Pas de vaisseaux.

b) La muqueuse de la face opposée à la tumeur est nettement séparée du parenchyme par une ligne droite et son épaisseur varie de 1 millimètre à 1 mm. 5. L'épithélium manque à la surface. Dans les parties moyenne et profonde, la muqueuse prend un aspect aréolaire par suite de l'abondance considérable des glandes élargies, dont l'épithélium est en partie tombé. Nulle part les glandes ne pénètrent dans le parenchyme. Les bandes de tissu interglandulaire se montrent plutôt riches en cellules arrondies qu'en cellules fusiformes, c'est-à-dire que la substance interglandulaire est celle de la muqueuse utérine normale. La muqueuse est parsemée de vaisseaux nombreux, parfois variqueux, à parois généralement épaisses, et qu'on peut suivre jusqu'à la surface.

Diagnostic: La muqueuse qui recouvre la tumeur est atteinte d'endométrite interstitielle. Transformation complète de la muqueuse en tissu scléreux. Les glandes manquent ou sont partiellement élargies.

La muqueuse de la paroi opposée à la tumeur est atteinte d'endométrite glandulaire.

3° Von Campe a examiné la muqueuse de dix utérus enlevés par l'amputation supra-vaginale ; ses conclusions ne diffèrent pas beaucoup de celles de Wyder.

L'endométrite glandulaire chronique a été constatée par lui dans tous les cas, et les altérations glandulaires sont les mêmes que celles qui viennent d'être décrites ; cependant, Von Campe croit que les culs-de-sac glandulaires pénètrent souvent dans le parenchyme alors que Wyder croit le fait assez rare. Les extravasations sanguines sont également souvent notées par Von Campe ; elles siègent surtout dans les couches superficielles de la muqueuse. L'endométrite interstitielle est surtout prononcée dans les cas dans lesquels le myome existe depuis longtemps.

4° M. Cornil (1) admet d'une façon générale la description de Wyder. Les points très intéressants qu'il s'est attaché à mettre en

(1) Cornil, *loc. cit.*

relief s'appliquent à toutes les variétés d'endométrite chronique, aussi ne ferai-je que les rappeler. M. Cornil a en particulier très bien étudié l'épithélium de la surface et des glandes, les cellules plates situées entre le revêtement épithélique de la glande et le tissu conjonctif péri-glandulaire ; enfin, il a décrit les phénomènes de kariokinèse qu'on observe dans l'épithélium.

5° Les examens histologiques de Curatulo (de Milan) (2) ont porté sur la muqueuse utérine dans neuf cas de fibro-myome utérin.

Dans deux cas, dans lesquels il y avait des fibromes sous-séreux, l'endométrite était surtout glandulaire, avec participation légère du tissu interglandulaire au processus inflammatoire.

Dans les sept autres cas correspondant à des fibromes interstitiels volumineux ayant déformé la cavité utérine, il y avait, au voisinage des tumeurs, une endométrite interstitielle très marquée avec disparition plus ou moins complète des glandes ; dans les points éloignés du siège de la tumeur, l'endométrite glandulaire prédominait, mais le tissu interglandulaire était également atteint ; il se montrait riche en cellules rondes, grosses, à un ou plusieurs noyaux, et on voyait aussi un grand nombre de cellules lymphatiques et d'éléments fusiformes dans l'intervalle des glandes.

Curatulo a donc surtout trouvé des endométrites mixtes.

(*A suivre.*)

DU CURETTAGE COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT

Dans les affections péri-utérines

Par le Dr Manuel Cuellar, de Sucre (Bolivie).

(*Suite*).

—

Il semble difficile à l'heure actuelle de se faire une opinion sur les indications du curettage, lorsque l'utérus n'est pas malade seul et que les annexes le sont aussi.

(1) Curatulo, *loc. cit.*

La question peut être envisagée de différentes façons, savoir : une métrite doit-elle être traitée par le curettage quand les annexes sont en même temps malades, ou bien encore les affections des annexes sont-elles susceptibles d'être guéries par le curettage de l'utérus ?

Nous avons étudié la plupart des faits qui ont été publiés sur ce sujet et c'est d'après l'observation attentive de ces faits, et de quelques observations inédites, que nous avons voulu nous faire une opinion.

Ce qui frappe surtout dans l'étude des observations se rattachant à ce sujet, c'est la variété des formes des lésions des annexes que l'on place les unes à côté des autres pour les comparer ; pour ne citer que les titres des mémoires ayant trait à la question, voyons combien il y a peu de précision dans la façon dont le problème est posé ; le curettage de l'utérus contre la pelvi-péritonite, contre les salpingites, contre la lymphangite péri-utérine. Il n'est pas douteux que si l'on entend par pelvi-péritonite des faits comme certains d'entre ceux qui sont rapportés par M. Walton le curettage ne peut donner que d'heureux effets.

Observation II (Résumée).

Endométrite chez une nullipare. — Douleurs pelviennes péritonitiques (Walton, *loc. cit.*).

Malthilde de J..., 22 ans, réglée à 13 ans, jamais de dysménorrhée. Depuis cinq ans, leucorrhée et consécutivement état chloro-anémique assez prononcé. Venue de Hollande, en Belgique, la leucorrhée et l'anémie ne font qu'augmenter, il s'y joint une douleur pelvienne à recrudescences qui la forcent à garder le lit. La menstruation est régulière et soulage la malade, la perte de sang est très minime. Elle est soignée par plusieurs médecins pour chloro-anémie, l'un d'eux croit à une fièvre typhoïde, ce qui indique que parfois il y avait un mouvement fébrile.

Quand je la vis pour la première fois elle avait ce teint plombé, plaqué de jaune, propre aux chlorotiques. Les muqueuses sont décolorées. Les traits indiquent une souffrance vague et continue;

elle accuse en effet de la douleur dans le bas-ventre, douleur qui ne la quitte jamais, mais qui est sujette à des exacerbations qui la forcent à garder le lit et lui arrachent des gémissements. Elle peut à peine supporter la pression du corset même non serré. L'appétit est médiocre, mais lors des recrudescences il y a inappétence complète, avec nausées et tendance aux vomissements. Constipation habituelle. L'embonpoint est conservé.

Les règles viennent d'être terminées ; elle se trouve donc dans ses bons moments et cependant la palpation abdominale réveille la douleur. Au toucher, qui est douloureux à cause de l'étroitesse du vagin, on trouve un col normal, mais on détermine de la douleur lorsqu'on veut le mouvoir ou qu'on soulève la matrice. On constate ainsi que l'utérus, sans être fixé, n'a cependant pas sa mobilité normale. Cette jeune fille n'est pas strictement vierge, mais sa virginité a été à peine effeuillée, de façon que, médicalement parlant, elle peut être considérée comme vierge ; d'ailleurs ses souffrances datent d'avant ses rares relations. Au spéculum on constate une légère exulcération du col, mais on voit parfaitement sourdre de l'orifice externe l'écoulement leucorrhéique. Vagin et urèthre complètement indemnes de toute inflammation.

Diagnostic. — Endométrite virginale avec inflammation péri-utérine. Je lui propose l'opération.

Traitement. — Dilatation forcée et curettage.

Ici il n'est pas possible, à moins de donner une extension considérable au terme pelvi-péritonite, de faire rentrer cette observation parmi les faits d'affections péri-utérines guéries par le curettage. L'auteur nous décrit les symptômes de la métrite chronique à poussées aiguës, il n'y a rien d'étonnant à ce que le curage fasse merveille dans des cas semblables.

Observation III (Résumée).

Rétroversion, dysménorrhée, pelvi-péritonite chronique. (Walton, *loc. cit.*).

Rosalie, Van den B...., âgée de 20 ans, célibataire, tailleuse,

habitant à Bruxelles, rue Pachéco, vient à ma clinique, le 28 avril 1885, me consulter pour des douleurs qu'elle ressent dans le bas-ventre et qui durent depuis plus d'un an. Cette fille, assez délicate est chloro-anémique. L'appétit fait défaut, gastralgie, défécation douloureuse ; il en est parfois ainsi de l'émission des urines. Elle souffre presque constamment dans le bas-ventre. Cette douleur est exaspérée par la marche, par les efforts, par les mouvements, etc. ; aussi a-t-elle dû renoncer à tout travail. Elle se plaint aussi de douleurs dans les reins, de migraines, etc.

Les règles ont débuté d'une façon régulière dès l'âge de 15 ans. Elle perdait chaque fois énormément de sang et cela pendant huit à neuf jours ; dysménorrhée. Elle prétend ne pas avoir de pertes blanches. A l'âge de 19 ans, elle eut deux rapports sexuels. Les douleurs qu'elle accuse n'ont débuté qu'après le coït qui n'a plus été renouvelé. En examinant cette jeune fille, nous constatons que le ventre est très douloureux à la pression dans la région hypogastrique, mais on n'y sent aucune tuméfaction. Elle nous dit que ces douleurs abdominales s'aggravent à chaque époque menstruelle. Au toucher vaginal on trouve l'utérus en rétroversion ; col légèrement conique à orifice arrondi et rétréci. En soulevant l'utérus à l'aide du doigt, on détermine de la douleur dans le bas-ventre.

Diagnostic. — Rétroversion, dysménorrhée par sténose, spasmes utérins, pelvi-péritonite.

Nous ferons ici la même réflexion que pour l'observation précédente ; ce cas ne nous semble pas devoir rentrer dans ce que l'on entend généralement par pelvi-péritonite.

C'est encore ici de la métrite et il est tout naturel qu'elle soit heureusement traitée par le curettage.

On trouve aussi dans la thèse de Finkelstein, quelques observations dans lesquelles la guérison a été tellement rapide que, en huit jours, tous les symptômes ont disparu. Nous trouvons aussi dans le même travail d'autres observations (III, IV, VIII) où le diagnostic a été posé avec soin et révèle, avec les troubles de métrite, un empâtement circonscrit ou diffus dans les culs-de-sac.

Dans un autre cas, au toucher, l'utérus n'est pas mobile, les culs-de-sac sont partout, surtout latéralement, empâtés, extrêmement douloureux. Nous trouvons dans cette observation :

Curettage le 2 janvier 1889 ; le 20, l'utérus est mobile, culs-de-sac souples, les annexes sont libres. Dans un autre cas (obs. IV) mêmes symptômes, opération le 25 décembre ; le 20 janvier tout a disparu : pourtant l'examen, fait à la sortie de la malade, révèle encore l'existence de quelques lésions : une diminution très notable de la tumeur, et la cessation des douleurs au bout de quinze jours, puis aucun renseignement. Il aurait cependant été très intéressant, pour pouvoir être fixé sur la valeur de cette méthode de traitement, que le diagnostic ait été toujours posé avec soin et qu'on ait pu suivre la malade opérée pendant quelques mois. Dans ces observations, l'amélioration si rapidement obtenue prouve qu'on a affaire à des lésions bien légères, qui ne méritent pas, sauf pour le dernier cas, le nom de salpingite, ou de pelvi-péritonite; encore dans ce dernier cas nous perdons la malade de vue ; tout ceci n'est pas absolument probant, et nous montre seulement que la métrite, dans le cours de son évolution chronique, peut présenter des poussées aiguës ou subaiguës, dans lesquelles l'utérus est le siège d'un état fluxionnaire congestif qui s'étend à toutes les annexes, comparable, selon l'expression de Sinéty et Pozzi, à la fluxion dentaire. Ces états péri-utérins peuvent disparaître par le repos seul, mais si celui-ci peut faire disparaître cet état fluxionnaire il reste la métrite pour produire ultérieurement de nouvelles poussées. Il est vrai que dans ces cas le curettage a fait disparaître cet état fluxionnaire plus rapidement que tout autre traitement, mais c'est surtout en attaquant la métrite que son action a été utile et durable.

Nous venons de faire la part qu'il nous a semblé convenir à ces fluxions péri-utérines qui accompagnent les poussées aiguës de la métrite chronique. Nous allons essayer de voir quels sont les effets du curettage dans les autres affections péri-utérines.

Nous avons déjà mentionné la terminologie abondante et, disons-le, la confusion qui a régné sur les variétés de ces affections.

M. Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, a mis un peu d'ordre dans cette nomenclature et c'est en suivant sa division que nous allons essayer d'apprécier la valeur du curettage dans chaque catégorie de faits.

I. SALPINGITES NON KYSTIQUES.	*a) aiguë catarrhale.*	
	b) aiguë purulente.	
	c) chronique parenchymateuse.	variété végétante. variété atrophique ou scléreuse.
II. SALPINGITES KYSTIQUES	*a) hydrosalpinx.*	
	b) hématosalpinx.	
	c) pyosalpinx.	

L'énoncé seul de cette division nous montre combien doivent être différents les symptômes, les lésions et le traitement d'une quelconque de ces formes par rapport à l'autre et combien les données d'un problème ainsi posé, « de l'action du curettage dans les salpingites » manqueraient de précision.

A côté de ces lésions des trompes, sont les lésions de l'ovaire, et M. Pozzi ne les sépare pas les unes des autres dans son chapitre des oophoro-salpingites sans tumeurs kystiques. Et ces deux variétés, souvent d'inflammations circonscrites deviennent inflammations diffuses, pour former ce que M. Pozzi a appelé la *périmétro-salpingite*, laquelle elle-même présente différents types anatomiques et cliniques, qui sont peut-être des degrés dans l'évolution d'une affection unique, savoir :

1° La périmétro-salpingite séreuse ;
2° L'abcès pelvien ;
3° Le phlegmon du ligament large ;
4° La cellulite pelvienne diffuse.

a) **Salpingite catarrhale.** — Nous trouvons dans la thèse de Saintu (1) quelques bonnes observations de curettage pour salpingite catarrhale. Ces observations, soigneusement prises, donnent dans l'étude des signes fonctionnels : douleur dans le bas-ventre et dans l'une ou les deux fosses iliaques, règles doulou-

(1) SAINTU, *loc. cit.*

reuses, pertes blanches. Ces signes fonctionnels sont souvent caractéristiques de la salpingite catarrhale, ainsi que les signes physiques obtenus par le toucher, qui révèlent la lésion que l'on a sous le doigt. Nous allons donner un aperçu de ces observations qui appartiennent à la pratique du Dr Picqué et ont été communiquées par lui à M. Saintu. Nous ferons suivre ces observations d'observations prises dans les thèses de Finkelstein, de Riskallah et d'observations inédites.

Observation IV (Résumée).

Endométrite. — Salpingite catarrhale, bilatérale, surtout à gauche. — Curettage. — Guérison. (Saintu, th. Paris, 1890.)

Marie Lieuv..., 24 ans, domestique, entrée à l'hôpital Pascal le 6 août 1889.

Pas d'*antécédents héréditaires*. Pas de maladies dans le jeune âge.

Réglée à 18 ans. Règles régulières, peu abondantes, ni grossesse, ni fausse couche.

Il y a 3 ans, après avoir frotté le parquet avec le pied, vives douleurs dans le ventre, qui finissent par l'obliger à garder le lit, sans que les règles fussent modifiées. Depuis cette époque, au moment des règles, douleurs abdominales très violentes avec irradiations dans les reins et dans les cuisses ; dans l'intervalle des règles, écoulement leucorrhéique ayant notablement augmenté pendant le dernier mois ; en même temps paraissait de la difficulté à aller à la selle.

A son entrée (6 août 1889) examen sous le chloroforme : Utérus en rétroflexion, mais réductible. Col normal comme longueur et comme volume, muqueuse intacte ; par l'orifice externe, écoulement muco-purulent assez abondant, sans odeur.

A la double palpation, trompe droite légèrement augmentée de volume sur toute sa longueur, roulant entre les doigts. Après le réveil, cette même manœuvre provoque une douleur vive. L'ovaire paraît sain, non douloureux. Trompe gauche encore plus volumineuse, très mobile.

Diagnostic : Endométrite avec double salpingite catarrhale, surtout à gauche.

Curettage par M. Picqué le 13 août 1889. La curette retire des fongosités abondantes. Trois injections iodées intra-utérines es 5e, 8e et 10e jours.

Exeat 1er septembre. Trompes ont repris le volume normal. Disparition des douleurs spontanées. Toucher des culs-de-sac indolore. Guérison complète.

Observation V (Résumée).

Endométrite. — Salpingite catarrhale gauche. — Curettage. — Guérison. (Saintu, th. Paris, 1890.)

Félicie Pig..., 25 ans, entrée le 18 septembre 1889.

Réglée à 12 ans, souvent des différences en retard, mais surtout en avance. Il y a deux ans accouchement naturel, suites bonnes. Neuf jours après elle recommence à frotter les parquets. Deux mois après, vives douleurs dans le bas-ventre sans irradiations, et leucorrhée. Elle est soignée pendant trois mois à la Charité pour métrite et en sort avec quelques pertes accompagnées de douleurs. Depuis trois mois maux de gorge fréquents. Depuis dix jours pertes plus abondantes, fétides, avec métrorrhagie qui a augmenté ces derniers jours : les caillots ont peu d'odeur. Vives douleurs avec élancements des deux côtés dans le bas-ventre par les mouvements.

Depuis trois mois bronchite, à plusieurs reprises crachats sanguinolents, pas de vomissements, amaigrissement. Défécation douloureuse, pesanteur périnéale.

Examen : Col volumineux, mollasse, donne la sensation de duvet, permet l'introduction de la pulpe du doigt. Vaste ulcération près de l'orifice externe. L'hystéromètre pénètre à 9 cent. Un peu de sang suinte à travers l'orifice externe. Cul-de-sac droit indolore, souple, annexes saines. Trompe gauche volumineuse, douloureuse, grosse comme le doigt, facilement mobile. Respiration un peu rude au sommet gauche : rien à droite.

Curettage le 23 septembre, abondantes fongosités. Dans les jours qui suivent trois injections iodées consécutives.

Suites opératoires des plus bénignes. T. oscille autour de 37.

Exeat le 13 octobre, complètement guérie. Pas de pertes, pas de douleur. Le toucher constate la disparition de la salpingite gauche.

OBSERVATION VI (Résumée).

Utérus en rétroflexion. — Salpingite catarrhale gauche. — Curettage. — Guérison. (SAINTU, th. Paris, 1890.)

Marie P.., 29 ans, couturière, entrée le 17 septembre 1887.

Une sœur est morte subitement à 39 ans ; elle se plaignait de souffrir dans le ventre.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans 1/2 ; toujours régulièrement, mais avec douleurs dans le bas-ventre et les lombes. Mariée à 21 ans, fausse couche de 6 mois 1/2, reste au lit un mois, suites normales. Deux autres fausses couches également à 6 mois 1/2. Quatrième grossesse, à terme. Enfin fausse couche de 2 mois, à 28 ans.

A 17 ans, plaques muqueuses à la vulve, dans la bouche, adénopathie. Surtout depuis deux ans douleurs vives à l'entrée de la vulve au moment du coït. Tiraillements dans le bas-ventre presque continuels. Défécation difficile, constipation habituelle. Il y a cinq mois pertes de sang avec frisson, fièvre, nombreux caillots. Elle garde le lit 1 mois et prend des injections chaudes. Les pertes ont duré trois mois. Depuis deux mois elles ont cessé et la malade a repris son travail. Enfin, depuis un mois les douleurs ont augmenté, et elle est de nouveau forcée de s'arrêter. Appétit bon, nausées fréquentes.

Examen. — Rétroflexion manifeste. Orifice externe élargi, pas d'ulcération. Trompe droite augmentée de volume, mobile, ovaire douloureux à la pression, un peu adhérent.

Curettage le 22 septembre. Pas d'injections iodées, après trois semaines de repos, guérison complète. Exeat le 15 octobre.

OBSERVATION VII (Résumée).

Endométrite cervicale. — Salpingite catarrhale gauche. — Curettage. — Guérison. (SAINTU, th. Paris, 1890.)

Augustine Mal..., 26 ans, domestique, entrée le 31 août 1886.— Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Grossesse à 20 ans, pendant laquelle elle contracte la syphilis et la blennorrhagie, accouchement normal. A 23 ans nouvelle grossesse, enfant mort-né.

En juillet 1888, douleur dans le bas-ventre avec écoulement leucorrhéique, le tout augmentant au moment des règles. Bientôt douleurs lombaires avec irradiation dans la cuisse gauche. Depuis le 15 avril elle n'a pas eu ses règles.

Examen. — Col dévié en arrière vers le sacrum, volumineux, lèvre antérieure en ectropion léger, corps facilement accessible derrière le pubis. Trompe gauche atteinte de salpingite catarrhale à droite, rien d'anormal. Léger degré de cystocèle.

Curettage le 6 septembre. Trois injections iodées à quelques jours d'intervalle. Exeat guérie le 25 septembre.

OBSERVATION VIII (Résumée).

Salpingite catarrhale. — Métrite cervicale. — Curettage. — Guérison. (FINKELSTEIN, th. Paris, 1889).

Stéphanie V..., 25 ans, modiste, entre le 12 décembre 1888 à l'hôpital Pascal, salle Pascal n° 8.

Antécédents. —Réglée pour la première fois à 11 ans; époques irrégulières jusqu'à 17 ans, puis se régularisent.

Elles durent environ 8 jours, présentent une abondance notable, et sont peu douloureuses.

La malade a eu 2 grossesses ; la 1re à 20 ans, qui n'a rien présenté de particulier ; la 2e, 4 ans après, a été pénible, en raison des douleurs hypogastriques à peu près continues que la malade a ressenties ; l'accouchement a été néanmoins facile et n'a pas eu de suites pathologiques.

Depuis cette grossesse (environ 10 mois), la malade a ressenti quelques douleurs dans le bas-ventre ; pendant la même période pertes abondantes qui nécessitèrent il y a 4 mois son entrée à l'hôpital Lariboisière où elle fut soignée par le Dr G. Marchand. Un curettage suffit pour les faire disparaître ; 2 mois après, réapparition des pertes ; les douleurs abdominales s'accentuent surtout à gauche, névralgie intercostale générale concomitante. Il y a un mois la malade a contracté la syphilis.

Etat actuel. — Leucorrhée peu abondante ; *métrorrhagies fréquentes* et abondantes. Rien à noter du côté de la miction. Constipation habituelle. Col utérin gros, violacé ; orifice de museau de tanche transversalement déchiré ; corps en antéversion ; la cavité utérine donne 7 1/2 cent. à l'hystéromètre. Dans le cul-de-sac latéral droit, le doigt arrive sur une petite tumeur mobile et douloureuse ; c'est l'ovaire en prolapsus ; il est relié à l'utérus par un cordon dur et volumineux venant se fixer à l'angle supérieur de l'utérus. Dans le cul-de-sac gauche on retrouve les mêmes sensations moins accusées. Il existe donc une double salpingite catarrhale qui complique l'endométrite et explique les douleurs récentes éprouvées par la malade.

25 décembre. Opération de Schrœder, suivie d'un curettage.

Les suites ne présentent rien de notable. La malade sort le 27 janvier.

La malade a été revue plusieurs fois depuis ; les époques ont reparu avec régularité, les douleurs ont cessé à l'examen, on retrouve les ovaires en prolapsus, mais le cordon qui les relie à l'utérus est indolore et à peine accessible par le toucher.

Observation XI (Résumée).

Dysménorrhée intense. — Salpingite catarrhale double. — Curettage. — Guérison. (Finkelstein, th. Paris, 1889.)

La nommée Sophie P...., 24 ans, cuisinière, entre le 9 janvier 1889, dans mon service de l'hôpital Pascal, salle Pascal.

Antécédents. — Bonne santé habituelle. Réglée pour la première fois à 16 ans ; les époques depuis lors revenaient régu-

lièrement tous les 28 jours et duraient 3 jours. Leucorrhée peu abondante pendant la période intermenstruelle.

Depuis son mariage, c'est-à-dire depuis environ 18 mois, les époques sont devenues douloureuses et obligent la malade à garder le lit ; elles sont plus abondantes et durent environ 8 jours. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Les douleurs ont débuté par des élancements continus dans le bas-ventre, plus intenses du côté gauche et s'irradiant dans les reins, dans les cuisses et à la région lombaire. — Ces douleurs sont exagérées par la station debout, les fatigues ; elles ne se calment pas par le repos ; très exagérées au moment de la période menstruelle. — Elles s'accompagnent de météorisme abdominal, nausées, perte d'appétit, céphalée.

C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'hôpital.

Examen local. — Utérus mobile, un peu rétroversé, peu douloureux à la pression ; col peu ramolli, non ulcéré, orifice étroit. — L'hystéromètre donne 6 1/2 centimètres. — L'examen des annexes démontre l'existence, à droite et à gauche, d'un cordon un peu volumineux et bosselé, douloureux à la pression ; il s'agit évidemment d'une salpingite catarrhale assez légère. A droite l'ovaire est volumineux et fluctuant ; en le palpant la tumeur disparaît subitement ; c'est évidemment un kyste qui s'est rompu sous la pression du doigt.

Je pratiquai le *curettage* de l'utérus, décidé à faire davantage, si cette intervention restait sans effet.

Le résultat fut remarquable ; les douleurs disparurent complètement et la malade quitta l'hôpital, où je la tins longtemps en observation, complètement guérie de ses douleurs ; la menstruation redevint également régulière.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 3 *avril.*

—

MM. Porak et Bernheim présentent un fœtus atteint d'une occlusion congénitale de l'intestin, mort le 5e jour de sa naissance et les pièces anatomiques relatives à une endocardite fœtale du cœur gauche. Le trou de Botal était largement ouvert et établissait une large communication entre les deux cœurs. Cet enfant est mort le lendemain de sa naissance ayant présenté des intermittences de pâleur et de cyanose qui s'expliquent très bien dans ce cas.

— Consultée par M. Pajot au sujet du rapport à la Chambre des députés de M. Emile Brousse : *Sur le travail des femmes accouchées dans les usines, fabriques, etc.*, la Société déclare, à l'unanimité, « qu'il est dangereux, pour une femme, de reprendre son travail avant un délai minimum de quatre semaines après l'accouchement ».

—M. Porak présente quelques considérations, avec observations à l'appui, sur un nouvel écarteur du col de l'utérus, inventé par M. Tarnier, au point de vue surtout de l'accouchement provoqué.

M. Guéniot dit avoir obtenu de bons effets de cet instrument, mais il le croit susceptible de perfectionnements. M. Pajot préfère une simple sonde, c'est, après avoir employé tous les moyens proposés depuis 60 ans pour provoquer le travail, qu'il s'est rabattu sur une simple sonde avec laquelle on obtient toujours et sans danger le travail entre 12 et 72 heures.

— M. Bonnet fait un rapport sur un mémoire ayant pour titre : « Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation par voie abdominale et à l'hystérectomie supra-vaginale, dans certains cas de fibromes utérins », de M. le Dr Chevrier, d'Ottawa (Canada). M. Doléris dit que l'énucléation est préférable à l'hystérectomie, mais qu'il est bon, comme l'indique M. Bonnet, d'associer la castration bi-latérale à l'énucléation, dans certaines cir-

constances bien déterminées, telles que l'âge avancé du sujet, la présence de myomes gros et nombreux et enfin une altération coexistante des annexes.

— M. Paul Petit fait un rapport sur le mémoire de M. Nitot, lu par l'auteur à la séance précédente : « A propos du diagnostic et de la pathologie des salpingites. » Le rapporteur, d'accord avec l'auteur, insiste sur la part, souvent prépondérante, que prend la pelvi-péritonite plastique ou exsudation à l'évolution des inflammations pelviennes.

M. Doléris partage ces conclusions.

E. V.

REVUE DE LA PRESSE

DE LA GROSSESSE APRÈS L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE PRATIQUÉE POUR RÉTROFLEXION UTÉRINE,

Par le Dr F. Fraipont, chargé de cours à l'Université.

Dans un article publié dans le numéro 8 du *Centralblatt für Gynaekologie* de cette année, le Dr Gottschalk, de Berlin, rapporte l'observation d'une femme à qui il avait enlevé un kyste de l'ovaire gauche en octobre 1889 et chez laquelle il avait combattu la rétroflexion utérine existante, en fixant le fond de l'utérus dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. En octobre 1890 cette femme devint enceinte. Mais déjà vers le milieu du mois de décembre elle avait de petites hémorrhagies irrégulières et le 3 janvier suivant, elle avortait. Il fallut intervenir pour vider complètement l'utérus de son contenu et en introduisant le doigt dans la cavité de la matrice, le Dr Gottschalk put se convaincre que la paroi postérieure, y compris le fond, était considérablement amincie, tandis que la paroi antérieure au contraire, jusqu'à l'endroit où elle était fixée à la paroi abdominale, avait son épaisseur normale et même paraissait plus épaisse qu'elle ne devait être.

Il en conclut que les adhérences qui s'étaient développées entre la face antérieure de la matrice et la paroi abdominale ont empêché la distension de la paroi utérine antérieure ; que la postérieure seule s'est développée, distendue, amincie, que le col a fini par s'ouvrir et

que la fausse couche est devenue inévitable. Heureusement, ajoute-t-il, car il aurait pu se produire une rupture utérine.

Il admet enfin l'opinion émise dans ces derniers temps par *Küstner* qui disait : « Si on fixe à la paroi abdominale l'utérus d'une femme en âge d'avoir encore des enfants et si cette femme devient enceinte, à partir d'un certain moment de la grossesse, les adhérences empêchent le développement ultérieur de la matrice, elles sont tiraillées et la fausse couche devient inévitable. »

Ce n'est pas l'avis d'Olshausen qui a rapporté (1) une observation de Kaltesnbach. La femme qui avait subi l'hystéropexie devint enceinte et accoucha à terme un an et demi après l'opération. A la fin de la grossesse l'utérus gravide n'avait plus d'adhérences avec la paroi abdominale. Olshausen admet que les modifications importantes qui se passent dans la circulation des organes génitaux au début de la gestation favorisent le détachement des adhérences.

Des six femmes à qui M. le Prof. von Winiwarter a pratiqué ici l'hystéropexie abdominale, trois sont devenues enceintes assez rapidement après l'opération. Deux d'entre elles avaient une rétroflexion utérine compliquée de dégénérescence kystique d'un ovaire avec prolapsus de cet ovaire dans l'espace de Douglas entre le fond de l'utérus et la voûte vaginale ; l'autre avait un kyste ovarique du volume du poing avec rétroversion de la matrice. Chez toutes trois on a enlevé l'ovaire malade et attaché le pédicule à la paroi abdominale, en même temps qu'on a passé deux sutures transversales à travers le fond de l'utérus et les bords de la plaie ventrale. L'une de ces femmes, celle qui avait un kyste ovarique, est devenue enceinte quatre mois après l'opération. Elle a pu mener sa grossesse sans encombre jusqu'à terme et est accouchée d'une façon tout à fait normale d'un enfant qui vit encore actuellement. L'une des deux autres, qui a conçu trois mois après l'hystéropexie, a fait un accouchement prématuré à 7 1/2 mois à la suite de mauvais traitements que lui avait infligés son mari. Elle a mis au monde une petite fille qui a vécu près de 3 mois et qui a succombé à une gastro-entérite. La dernière est devenue enceinte aussi de 3 à 4 mois après l'opération. Elle est accouchée prématurément à 8 mois, sans cause connue, d'un enfant vivant.

Chez toutes ces femmes, les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse on été caractérisés par des douleurs de ventre assez vives, bien localisées dans les bas de la cicatrice et qu'on est parvenu à calmer par le repos

(1) *Zeitschrift für Geburtsh. und Gynaekolog.* Bd. XX, p. 230

des enveloppements humides et l'administration du laudanum à l'intérieur. Dans la seconde moitié de la grossesse les douleurs n'étaient plus continues et étaient parfaitement supportables.

Les accouchements n'ont rien présenté d'anormal et les suites de couches ont été excellentes.

J'ai revu les femmes plusieurs fois après leur délivrance.

La première se portait très bien. Elle n'éprouvait plus aucune souffrance. L'utérus rentré dans le petit bassin était dans une situation intermédiaire entre l'antéversion et la rétroversion. Il ne paraissait plus attaché à la paroi abdominale. Il avait subi une involution parfaite.

La seconde était dans les mêmes conditions. Seulement la matrice était restée parfaitement en antéversion, mais tout entière en dessous du bord supérieur de la symphyse pubienne. Cette femme est de nouveau enceinte actuellement et elle ne souffre plus guère comme la dernière fois.

La dernière, qui est accouchée récemment, n'a pas été aussi heureuse, bien que j'aie pris toutes mes précautions pendant les suites des couches pour éviter le retour de la matrice à sa position défectueuse. Celle-ci s'est reproduite et avec elles les souffrances qu'accusait la malade avant son opération.

J'ai pu réduire cependant facilement l'utérus et le maintenir réduit au moyen d'un pessaire de Hodge. La patiente en éprouve un soulagement manifeste et elle le porte encore.

Sept femmes ont subi jusque maintenant ici l'hystéropexie abdominale. Six ont été opérées par M. le Prof. von Winiwarter et une par moi au mois de septembre dernier. Celle-ci va aussi bien que possible actuellement. Des six autres, trois étaient des femmes mariées et sont devenues enceintes de suite après l'opération. Les trois autres étaient des jeunes filles, et l'une d'entre elles a subi la castration bilatérale.

Ces faits, comme ceux rapportés par Saenger et Léopold, dans le n° 16 du *Centralblatt für Gynaekologie* (1891), prouvent à l'évidence que la conception est possible après l'hystéropexie abdominale pratiquée pour combattre certaines formes de rétroflexion utérine ; que la femme qui conçoit dans ces conditions n'est pas vouée forcément à un avortement dans les premier mois de la gestation, pourvu qu'on prenne certaines précautions nécessaires.

Sans doute, chez nos patientes la grossesse est survenue très vite

après l'opération, alors que les adhérences fixant l'utérus en avant étaient encore très vascularisées et n'étaient pas très résistantes. L'ampliation de la matrice aura eu pour effet de les étirer, de les distendre et finalement de les déchirer. Le résultat serait-il le même si la femme devenait enceinte des mois ou des années après avoir subi l'hystéropexie ? Je crois que oui. Le fond de la matrice primitivement fixé au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne, à la paroi abdominale antérieure, finit par descendre peu à peu et par rentrer dans le petit bassin, sous l'influence de son poids et de la pression exercée par les intestins, ainsi que de la traction produite par le vagin. Les adhérences primitives, qui étaient larges, se laissent aller, s'étirent et forment une espèce de corde, sorte de ligament rond médian plus ou moins épais qui retient l'utérus dans sa position nouvelle. Que la femme devienne enceinte et ce ligament cicatriel se vascularisera, s'imbibera, se gonflera, deviendra plus mou comme les autres ligaments utérins naturels. Il ne saurait gêner tout d'abord le développement de la matrice et celle-ci en s'élevant vers le grand bassin finira certainement par l'étendre et le déchirer même tout à fait.

Nous ne saurions donc admettre l'opinion de Gottschalk et de Küstner qu'il faudrait proscrire l'hystéropexie abdominale pour rétroflexion utérine chez les femmes en âge de concevoir et désireuses d'avoir des enfants. Si chez ces femmes l'utérus est fixé en arrière par des adhérences périmétritiques, elles seront placées dans des conditions tout aussi défavorables pour devenir enceintes et mener leur grossesse à bon port. C'est surtout chez celles-là que l'hystéropexie est indiquée, car la méthode de *Schültze* peut très bien redresser la matrice sans détacher complètement les adhérences qui la fixent en arrière.

SUR LES MYITES ET LES CELLULITES DU FOND DU BASSIN,

Par Carolina Widerstrom, licenciée en médecine.

Cette affection est caractérisée par ce qu'à l'examen bimanuel, pratiqué par le vagin et par le rectum, on trouve ces parties plus intimement unies, plus ou moins sensibles, et présentant au toucher soit comme des empâtements, des tuméfactions ou des épaississements du tissu un peu plus étendus, soit comme des nodules plus limités. Le siège de ces altérations du tissu est variable : tantôt le tissu adipeux du cavum-ischio-rectale est atteint de préférence, tantôt c'est la mus-

culature et surtout celle des insertions coccygiennes des muscles levator ani, ischio-coccygeus, coccygeus et sphincter ani (Henle) ou les tissus voisins. Dans la plupart des cas ces myites et cellulites ont été précédées d'une endométrite, quelquefois aussi d'une hyperémie du vagin et du vestibule, quelquefois elles existent seules, paraissant n'être accompagnées d'aucune affection des organes sexuels.

Les symptômes subjectifs varient suivant le siège et l'étendue de l'affection. Une sensation de pesanteur et de pression ou de douleur et de cuisson se fait sentir tantôt plus dans la région vulvaire, tantôt plus dans la région anale. Souvent la malade, en étant assise, éprouve des douleurs dans la région coccygienne ; ordinairement la douleur est encore plus intense, quand la malade se lève sur son séant. Il se présente aussi des douleurs à la défécation ou, encore plus souvent, une sorte de difficulté de se forcer pour avoir une selle, une sensation de manque de vigueur à cet acte. Comme on le voit bien, ces symptômes sont identiques à ceux de la coccygodynie, dont les causes sont, d'après les auteurs, des altérations morbides de l'os coccygien ou de ses articulations, mais dans la plupart des cas de Widerstroem l'os coccygien a été exempt de points douloureux. Il reste encore à apprécier quel rôle les myites et les cellulites du fond du bassin peuvent jouer dans les formes graves du vaginisme. L'existence de ce symptôme a une grande importance au point de vue étiologique.

Le traitement a consisté en massage bimanuel, pratiqué avec l'index d'une main (le gauche de préférence, en massant à gauche de l'os coccygien, à partir de la malade, le droit à droite) introduit dans le rectum (pour des raisons aisées à comprendre), exceptionnellement dans le vagin, tandis que l'autre main agit sur la surface correspondante du fond du bassin. Le massage est appliqué alternativement avec le doigt interne et les doigts externes, mais il faut avoir soin de maintenir immobile le doigt qui est placé dans le vagin et il suffit de soutenir la muqueuse et d'agir seulement sur les parties sous-jacentes.

(*Hygiea*, L. III, tome II, février 1891, p. 166-167. Stockholm, Samsom et Wallin).

Tous les cas traités ainsi ont guéri. FR. EKLUND.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER UTÉRIN AU COURS D'UNE GROSSESSE.

M. Wallace Taylor communique au *Medical record* l'histoire d'une femme à laquelle il a fait, avec plein succès, l'hystérectomie

vaginale pour cancer du col de l'utérus, au cours d'une grossesse.

La malade dont il est question était âgée de 41 ans; réglée à 14 ans, elle l'avait toujours été régulièrement. Elle s'était mariée à 24 ans, avait eu six enfants et deux fausses-couches. Quand elle consulta M. Taylor, ses règles avaient disparu depuis deux mois ; cependant, n'éprouvant aucun des symptômes habituels qui accompagnaient ses autres grossesses, elle ne croyait pas être enceinte. Elle se plaignait de douleurs dans le bassin et cela la préoccupait. L'utérus était augmenté de volume ; le fond remontant à peu près au niveau du bord supérieur de la symphyse pubienne. Le col dur granuleux présentait tous les caractères du cancer. Comme il n'existait aucun signe certain de grossesse, on pouvait très légitimement attribuer l'augmentation de volume de l'utérus à l'envahissement du corps de l'organe par la tumeur. Cependant, comme la possibilité d'une grossesse compliquait l'opération, M. Taylor en parla au mari, en lui faisant remarquer toutefois que, vu l'état de l'utérus, il était peu probable que sa femme arrivât à terme, et, qu'en tout cas, elle ne pouvait vivre longtemps, l'opération seule pouvant faire espérer une survie prolongée.

L'hystérectomie vaginale ne présenta pas de particularités spéciales ; on nota seulement une hémorrhagie assez abondante qui nécessita l'emploi de nombreuses ligatures et pinces à forcipressure. L'opération dura une heure et quart, la toilette de la malade et le pansement complet trois quarts d'heure.

Les suites de l'opération furent, en somme, assez simples, quoique l'abondance de l'hémorrhagie eut notablement affaibli la patiente. Elle fut complètement guérie au bout d'un nombre de jours relativement peu considérable.

L'utérus enlevé avait 15 centimètres de hauteur et 10 centimètres de largeur d'une trompe à l'autre. Le corps de l'utérus était mou ; le col, allongé et dur, était le siège d'un cancer dont la trame fibreuse était très dense, cancer qui n'eut certainement pas permis la dilatation au moment de l'accouchement.

A l'ouverture de la cavité utérine, on trouva un fœtus d'environ deux mois, long de 3 centimètres.

M. Taylor ajoute que, eût-il été certain de l'existence de la grossesse, qu'il ne faisait que supposer, il n'eût pas moins pratiqué l'hystérectomie vaginale, étant donnés l'état du col et la quasi-certitude que l'accouchement serait impossible et que la mère succomberait.

(*Bull. méd.*)

KYSTE DU VAGIN,

Par M. le Professeur H. Folet.

Au mois de novembre dernier, une femme de 30 ans entra dans mon service. Au premier abord on l'eût crue atteinte de cystocèle vaginale. Une hernie muqueuse, formée par la paroi antérieure du vagin, sortait hors la vulve dans la marche et dans les efforts, et était facilement réduite dans le décubitus dorsal. Mais un examen plus attentif montrait que cette tumeur n'était pas constituée par la muqueuse relâchée, mais bien par une masse sphérique ou discoïde bien limitée. De plus, en introduisant une sonde d'homme dans la vessie, on n'en amenait pas le bec dans la cavité de la prétendue cystocèle, de façon à n'en être séparé que par l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale ; mais l'on était séparé de l'instrument par la masse molle susdécrite, dans laquelle il était d'ailleurs malaisé de percevoir une fluctuation nette.

Une incision pratiquée sur la muqueuse vaginale mit à découvert une poche liquide mince, laquelle, adhérant intimement à cette muqueuse, fut ouverte au cours de la dissection faite pour l'en séparer, et donna issue à 60 gr. environ de liquide clair et filant. Une fois le kyste largement ouvert, comme il adhérait fort peu à la paroi vésicale, il me fut possible de saisir la poche avec des pinces et, en y mettant un peu de temps et de patience, de la décoller complètement et de l'amener intacte.

L'incision vaginale fut suturée, sauf dans les deux centimètres inférieurs par lesquels un bout de drain fut introduit dans la cavité qu'occupait le kyste ; puis le vagin fut bourré de gaze iodoformée.

La cicatrisation se fit rapidement et sans aucun incident.

L'intérêt principal de cette observation réside dans l'origine Wolffienne du kyste. On sait que le corps de Wolff comprend et les reins primitifs (corps de Wolff proprement dit) et les canaux excréteurs annexés à ces organes depuis leur origine jusqu'à leur abouchement dans le sinus uro-génital. La destinée de ces canaux est différente dans les deux sexes : chez l'homme, le canal de Wolff fournit, par sa portion attenante aux reins primitifs, le canal de l'épididyme ; et par sa portion libre, le canal déférent. Chez la femme, les canaux de Wolff disparaissent, au contraire, en totalité. Mais il n'en est pas de même chez tous les mammifères. Ainsi, chez la vache et la truie, ces canaux

persistent dans leur tiers inférieur et constituent chez l'adulte deux conduits parallèles, situés dans la paroi antérieure du vagin et venant s'ouvrir à son extrémité inférieure, de chaque côté du méat urinaire. Ces conduits, signalés d'abord par MALPIGHI, furent redécouverts plus tard par CARTNER qui leur laissa son nom. Depuis ils ont été rencontrés sur divers mammifères, chez la chatte, chez les femelles du lièvre et du renard (1).

Cette persistance de segments du canal de Wolff sous le nom de conduits de Gartner peut s'observer exceptionnellement chez la femme. Que l'on suppose ces conduits, fermés à leurs extrémités, s'emplissant d'un liquide qui s'exhale de leurs parois ; et voilà des kystes constitués. C'est probablement suivant ce mécanisme que se forment ces kystes développés dans les parois latérales et antérieures de l'utérus et du vagin (2). L'origine de ces kystes sera attestée par la présence sur leur face interne, d'une couche de cellules épithéliales cubiques ou cylindriques.

Or, voici l'examen de la pièce fait par notre excellent collègue, M. le professeur TOURNEX :

« La paroi du kyste est tapissée à sa face interne par un épithélium « prismatique, dont la hauteur varie de 12 à 15 μ., suivant les points « envisagés. L'épithélium repose sur une couche de tissu lamineux « dense, à faisceaux ondulés parallèlement à la surface. Cette couche « mesure une épaisseur de 100 à 500 μ ; elle continue sans transition « marquée avec le tissu conjonctif qui englobe les faisceaux muscu- « laires de la tunique musculeuse du vagin. Il n'existe pas de glan- « des, mais la face interne du kyste présente par places des dépres- « sions simples ou lobulées, qui rappellent de loin des excavations « alvéolaires qu'on observe dans la portion ampullaire du canal défé- « rent, ainsi que dans le canal éjaculateur.

« La position du kyste et son revêtement épithélial prismatique « permettent de supposer qu'il s'est développé aux dépens d'un ves- « tige du canal excréteur du corps de WOLFF, dont la portion vaginale « persistante chez quelques animaux, a reçu le nom de conduit de « GARTNER. Chez le fœtus humain femelle, le canal de WOLFF, en

(1) *Des restes du corps de Wolff chez l'adulte.* F. TOURNEUX, Bull. Scientif. du département du Nord, 1885.

(2) *Contrib. à l'étude des Kystes du vagin, principalement au point de vue historique et anatomique.* SANTONI. Th. de Paris, juillet 1890.

« dehors de sa courte portion attenante à l'organe de ROSENMULLER, « disparaît dans le cours du 4e mois lunaire. »

(*Bull. méd. du Nord.*)

QUELQUES CAS RARES DE POLYPES UTÉRINS.

M. le Dr Clivio, dans la séance des 21 février et 7 mars de la Société médicale de Pavie, a montré à ses collègues un adénome polypeux de l'utérus, enlevé à une dame qui, depuis plusieurs années, était atteinte de polypes multiples, émergeant de la surface vaginale du col ; ces polypes, pour nombre de praticiens, semblaient de nature maligne : le microscope en a démontré le caractère anodin. L'auteur pense que ces néoformations sont de véritables adénomes développés primitivement et non consécutivement.

Un autre polype, présenté par M. le professeur Cuzzi, a laissé des doutes entre un carcinome du col et un papillome glandulaire. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un fibromyome.

Enfin, M. le Dr Clivio a entretenu ses collègues d'un polype fibreux, contenant dans sa cavité un kyste tapissé d'épithélium cylindrique, ce qui est très rare. (*Rif. méd.*)

KYSTE DE LA GRANDE LÈVRE CHEZ UNE FILLETTE DE SIX ANS, SURVENU PROBABLEMENT DANS LES VESTIGES DU CANAL DE NUCK.

G. Clotilde, 6 ans, entre le 17 octobre 1890, dans le service d'enfants de M. Monnier. A l'âge de 6 mois ses parents s'aperçurent qu'elle avait dans la grande lèvre droite une tumeur du volume d'une grosse noisette. Un médecin consulté crut à une hernie, quoique la tumeur ne fût pas réductible et fit appliquer un bandage qui fut porté sans résultats pendant quatre ans 1/2.

État actuel. — Tumeur indolente, fluctuante, du volume d'un marron allongé : sans la moindre impulsion par la toux ; irréductible, quoique pouvant être refoulée contre l'orifice cutané du canal inguinal.

Elle siège très exactement dans le tiers supérieur de la grande lèvre et un peu en dehors, par conséquent nullement dans la région de la glande de Bartholin. La peau qui la recouvre est anormale et non adhérente.

18 octobre 1890. — Anesthésie. Incision suivant le grand axe ver-

tical de la tumeur : après avoir successivement sectionné toutes les tuniques de la grande lèvre, nous tombons sur une enveloppe nettement séreuse, transparente : énucléation aisée de la tumeur qui ne présente, en haut, aucune contiguïté avec le péritoine : en bas et en dehors est une sorte de pédicule sur lequel nous mettons une ligature. Drainage, suture, pansement antiseptique. Guérison rapide.

La tumeur enlevée est un kyste à contenu transparent, avec un léger étranglement central surtout apparent au moment de l'énucléation, ce qui lui donne une vague ressemblance avec une vessie natatoire de poisson.

En bas et en dehors est un petit diverticule ouvert sans doute par le coup de ciseaux qui a sectionné le pédicule, mais qui ne contenait pas de liquide.

Réflexions. — Cette observation nous paraît un exemple de kyste du canal de Nuck. Il confirme par là même les assertions de M. Tillaux dans son rapport à l'Académie, séance du 16 septembre 1890, sur une hydrocèle congénitale de ce canal, présentée par M. Richelot le 3 janvier 1888. Il prétend que, contrairement à l'opinion de M. Duplay et de son élève Beurnier, l'existence du canal de Nuck se trouve absolument démontrée par ce fait qu'on ne saurait expliquer ni par une hernie congénitale réduite et guérie, ni par la formation d'un kyste simple de la grande lèvre.

Chez notre malade, deux caractères principaux militent en faveur d'une hydropisie du canal de Nuck : le diverticule signalé en bas, et l'étranglement médian ; ces deux caractères se retrouvent dans les kystes du conduit vagino-péritonéal, l'analogue de ce canal.

L'absence de continuité entre le kyste et le péritoine est également une preuve de la non existence d'une hernie congénitale et de l'erreur de diagnostic commise ici, car il est fort difficile d'admettre qu'un sac herniaire déshabité s'isole aussi complètement du reste de la cavité péritonéale.

Enfin, le kyste de la glande de Bartholin a un tout autre aspect, par suite de son siège inférieur, et de sa tendance à pointer à la face interne de la grande lèvre.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que ce fait plaide éloquemment en faveur de l'existence, si discutée, du canal de Nuck.

(*Paris médical.*)

MANIFESTATIONS UTÉRINES DU PALUDISME.

M. le Dr Lardier (de Rambervilliers) étudie dans le *Bulletin médical des Vosges* des manifestations peu connues du paludisme. Ses recherches montrent tout d'abord qu'en dehors de la gestation et de l'état de couches sous l'influence du paludisme, se produisent souvent des métrorrhagies, de véritables épistaxis utérines, qui cèdent très facilement à l'administration du sulfate de quinine. Le retour des règles se fait parfois d'une manière anormale, les époques en sont plus rapprochées ; d'autres fois l'écoulement sanguin est d'une abondance extrême. Toutes ces manifestations sont, en thèse générale, provoquées par la congestion des viscères abdominaux, à laquelle l'utérus participe au même titre que les autres organes splanchniques. Les phénomènes morbides, dont l'utérus est le siège, s'accompagnent généralement d'autres manifestations paludiques, fébriles ou névralgiques.

Pendant la grossesse, les accidents paludiques sont rares. On en observe quelques manifestations pendant les premiers mois, mais jamais dans les dernières semaines de la gestation. Il existe durant cette période une sorte de temps « suspensif » où la résistance organique de la femme, où la suractivité fonctionnelle de l'organe sont en état de lutter contre l'influence morbide. Jamais M. Lardier n'a vu, dans sa région, l'intoxication paludique provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Jamais l'administration du sulfate de quinine, héroïque contre les accidents hémorrhagiques, n'a eu d'effets emménagogues ou abortifs.

La période puerpérale est spécialement favorable au développement des manifestations paludiques. L'intoxication, qui a pu rester latente, pendant la grossesse, prend après l'accouchement une marche nouvelle, qui se traduit, soit par des symptômes fébriles (fièvres quotidiennes, tierces, etc...), soit par des accidents ayant l'utérus pour siège (métrorrhagies, épistaxis utérines périodiques, retour prématuré des règles, etc...) Ces complications utérines, même pendant la période puerpérale, sont d'habitude sans gravité et cèdent facilement à l'action du sulfate de quinine. Il importe que le médecin soit prévenu de leur possibilité pour éviter des erreurs de diagnostic.

Pendant l'allaitement, la nourrice ne présente pas de prédispositions spéciales à l'intoxication paludique; on ne rencontre pas chez

elle l'intensité des accidents que l'on trouve chez la femme pendant la période puerpérale ; mais elle ne jouit pas non plus de l'immunité relative de la femme grosse. En un mot, les manifestations de l'intoxication paludique de la nourrice ne présentent rien de spécial. Parfois cependant les nourrices paludiques sont sujettes à un retour prématuré des règles.

CONTAGION DE LA VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES.

M. le Dr Suchard, médecin de l'hôpital de Lavey (Suisse), rapporte dans la *Revue des maladies de l'enfance*, deux faits très intéressants de contagion de cette affection. On connaît la propagation de la vulvo-vaginite des petites filles par les draps de lit, les linges, les objets de pansement, etc... ; ceux-ci sont des cas de transmission par l'eau d'une piscine, ce qui, soit dit en passant, est un des inconvénients graves des bains pris en commun dans la même eau.

Dans une piscine de quatre mètres cubes, remplie d'eau thermale sulfureuse mélangée à de l'eau mère de Salines, on place douze filles de 6 à 14 ans, soigneusement examinées au préalable, au point de vue des maladies contagieuses. Cependant, le quatrième jour, on s'aperçut que l'une de ces enfants présentait un écoulement suspect, et en l'examinant attentivement, on reconnut tous les signes d'une vulvo-vaginite catarrhale. Elle fut soumise aussitôt au traitement consistant en lotions très consciencieusement faites trois fois par jour, avec une solution étendue d'eau et de tannin dans de la glycérine, puis les parties étant bien séchées, saupoudrage avec une poudre mélangée de talc et de bismuth. Ces lavages sont faits avec des tampons d'ouate et de charpie que l'on jette aussitôt après.

L'enfant fut isolée, la piscine désinfectée ; mais, malgré toutes ces précautions, après quelques jours, toutes les malades qui avaient partagé le bain avec elle étaient atteintes de la même affection qui suivit son cours avec une intensité variable suivant les sujets.

Au point de vue de la contagion, il fut impossible d'incriminer autre chose que l'eau de la piscine ; quant à l'enfant, source de la maladie, il est vraisemblable que la vulvo-vaginite était encore chez elle à l'état latent, au moment où elle est entrée à l'hôpital.

Un autre fait est relatif à une série de onze fillettes, un petit garçon de trois ans et une femme de 30 ans qui prirent leurs bains dans une même piscine (piscine neuve). Au septième bain, on constata la vul-

vo-vaginite chez trois petites filles, et quelques jours plus tard, toutes les autres enfants étaient atteintes. Dans ce cas on ne put même déterminer quelle fut l'enfant atteinte la première, et bien que l'eau soit très certainement le véhicule de la contagion, il est vraisemblable qu'on doit invoquer ici certaines causes qui l'ont favorisée. La saison à ce moment étant devenue très froide, on peut se demander si le froid n'aurait pas sa part d'influence et s'il n'en serait pas de la vulvo-vaginite comme de certains catarrhes qui sont manifestement contagieux, le microbe se trouvant dans l'atmosphère, mais ne réussissant à se développer que chez les individus dont la muqueuse est prédisposée à la maladie par suite de conditions atmosphériques mauvaises. On peut encore se demander si les eaux chlorurées ne sont pas un milieu favorable à la propagation des microbes qui aiment ces muqueuses : toutes nos sécrétions muqueuses ne sont-elles pas chlorurées ?

DE LA VIE SEXUELLE APRÈS LA CASTRATION,

Par M. Keppler (de Venise).

L'auteur a enlevé les ovaires à 46 femmes ; il a obtenu 39 guérisons complètes dont la plupart ont pu être suivies pendant un bon nombre d'années. Voici les principales conclusions physiologiques qu'il a tirées de son observation :

1° Après les opérations pratiquées pour une salpingite ou un processus inflammatoire, il n'y a jamais eu, dans la suite, d'écoulement de sang dans l'utérus ;

2° Le diamètre conjugué s'est progressivement raccourci, et cela d'autant plus que la femme était plus jeune ; ce raccourcissement a pu être de trois centimètres ;

3° L'utérus a diminué graduellement de volume (de 8 sur 2) dans l'espace de 10 ans ; de même le vagin est devenu plus court et plus étroit ; sa muqueuse est devenue plus pâle et les grandes lèvres plus pâles ;

4° Les seins se sont atrophiés et ont pris l'aspect de ceux de l'homme ;

5° La pigmentation des mamelons, des aréoles, du périnée et de l'anus a disparu, ainsi que les pigmentations pathologiques (closma). La peau a pris une blancheur remarquable ;

6° La tendance à l'embonpoint général n'a pas été augmentée ;

7° Il ne s'est produit aucune modification ni du côté des poils, ni du côté de la voix ;

8° Les appétits sexuels sont demeurés les mêmes, et ils sont d'autant plus prononcés que l'opération a été faite à une date plus rapprochée de l'apparition de la menstruation ;

9° L'opération n'est pas un obstacle au mariage ; trois des opérées se sont mariées et font depuis plusieurs années un heureux ménage ;

10° Le mariage avec une femme castrée est l'union malthusienne *idéale*, la seule façon d'appliquer dans sa rigueur la doctrine de *Malthus*, sans mettre en danger la santé ou le bonheur des conjoints ;

11° Chez les femmes opérées dans leur jeunesse pour des affections inflammatoires, on ne voit pas survenir de troubles nerveux, comme l'on en constate fréquemment chez les femmes opérées pour des fibromes utérins à un âge plus avancé ;

12° Les hémorrhagies dues à des fibromes utérins sont avantageusement influencées par la castration, mais on ne voit jamais la ménopause survenir immédiatement après ;

13° Les femmes opérées pour les fibromes utérins, à un âge déjà assez avancé, perdent complètement leur appétit sexuel.

(*Bulletin médical.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CORPS ÉTRANGERS, DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

H.-W. Freund (de Strasbourg) rapporte, dans un des derniers numéros du *Centralblatt für Gynécologie*, n° 57, deux cas fort intéressants de corps étrangers des organes génitaux de la femme. Il s'agit dans les deux cas d'épingles à cheveux introduites chez la première malade, pendant des manœuvres de masturbation, et chez la seconde dans le but de provoquer l'avortement.

La première observation a trait à une couturière de 15 ans qui se présenta à la clinique de Strasbourg, se plaignant de douleurs dans la région vésicale, s'exaspérant pendant la miction. La grande lèvre gauche avait augmenté de volume. A l'examen, on trouva fichée dans le tissu de cette lèvre, l'extrémité libre d'une épingle à cheveux, l'autre extrémité libre proéminait à la paroi supérieure du vagin, tandis que la grosse extrémité recourbée faisait saillie dans la vessie. Voici ce qui s'était passé, suivant les aveux de la patiente qui confirment bien les constatations anatomiques : l'épingle avait été introduite par

sa grosse extrémité dans le méat urinaire et poussée dans l'urèthre, puis échappant des mains, elle s'était frayé un passage jusque dans la vessie. Après quoi l'une des branches avait perforé la paroi supérieure du vagin et l'autre, traversant le bulbo-caverneux, avait pénétré dans la grande lèvre. L'extraction fut facile, les douleurs vésicales disparurent et la guérison fut complète en quelques jours.

La seconde observation presente plus de difficultés comme interprétation, elle est aussi plus grave dans ses conséquences. Une femme de 41 ans se présente à la clinique, perdant du sang depuis huit jours, se plaignant de douleurs abdominales et de fièvre. Elle portait, au niveau du bord gauche de la matrice, une tumeur de la grosseur d'une noix, douloureuse, qui fut prise pour une grossesse extra-utérine. La laparotomie fut pratiquée ; on trouva une tumeur kystique de la trompe, dont le contenu ne rappelait en rien les tissus fœtaux. Sur les bords de la tumeur, on découvrit une tige métallique de deux centimètres et demi de longueur, formée des deux branches tordues d'une épingle à cheveux. Il y a tout lieu de croire que ce corps étranger introduit dans l'utérus pour provoquer l'avortement, a passé de là dans la trompe, puis dans le péritoine. Il est vrai que la malade nie avoir jamais fait, ou laissé faire, de pareilles tentatives.

Cette observation présente encore un fait fort important à noter, c'est la disparition des attaques d'hystéro-épilepsie auxquelles la malade était sujette avant l'ablation de cette tige de métal.

(*Union médicale.*)

L'HYGIÈNE DE L'ALLAITEMENT.

Le docteur Auvard résume, en ces termes fort simples, les précautions à prendre pour rendre l'allaitement aussi facile que possible, pour éviter la production des gerçures ou les guérir quand elles existent :

Pendant le dernier mois de la grossesse : au début, quelques tractions sur le mamelon et de légères frictions avec de l'alcool. — A la fin, succion du mamelon à l'aide du bout de sein à double tubulure qui permet simultanément un bain local alcoolisé.

Au début de l'allaitement avant l'apparition des gerçures : emploi du bout de sein de manière à éviter les traumatismes exercés par la bouche de l'enfant, cause habituelle des plaies du mamelon. En continuer l'usage exclusif pendant quinze jours, puis en cesser petit à petit l'emploi.

Dans le cours de l'allaitement s'il existe des gerçures : prescrire simultanément l'usage de la cocaïne pour diminuer la douleur ; l'application locale de l'alcool pour empêcher la pénétration des microbes, l'emploi du bout de sein pour atténuer, dans la mesure du possible, les traumatismes du mamelon.

(*In Gazette hebdomadaire.*)

DEUX CAS DE PERFORATION UTÉRINE PENDANT LE CURETTAGE. PAS D'ACCIDENTS, Par HAYNES.

L'une des observations de Haynes concerne une multipare dont la cavité utérine, neuf mois après un accouchement, mesurait 7 pouces ; l'organe était mou, relâché. Pour débarrasser la femme de ses métrorrhagies, on lui fit des irrigations intra-utérines, puis on pratiqua le curettage avec beaucoup de soin. L'assistant, chargé de refouler le fond de l'utérus de haut en bas, remarqua que la curette venait en contact avec les téguments abdominaux. Après l'opération, on fit un lavage de la cavité utérine avec une solution de sublimé. La femme fut prise d'une douleur violente, elle tomba en état de collapsus, puis elle présenta les symptômes d'une péritonite en même temps que ceux d'une intoxication mercurielle. Finalement elle s'est rétablie.

Dans le second cas, chez une multipare affectée d'une endométrite fongueuse, on put, après un curettage, constater directement avec la sonde que la paroi utérine avait été perforée. On fit tous les préparatifs nécessaires pour pratiquer une laparotomie, qui fut jugée inutile, en l'absence de tout symptôme grave ultérieur.

(*Am. J. of Obstetr.*, nov. 1890 et *Gaz. méd. de Paris.*)

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, Par BALDY.

Tous les gynécologues s'accordent à reconnaître l'importance qu'il y a de faire le diagnostic : grossesse extra-utérine à une époque aussi rapprochée que possible de son début. Or, cette question de diagnostic se heurte à de grandes difficultés et a soulevé de nombreuses controverses. M. Baldy s'est donné pour tâche de l'élucider, et de fixer d'une façon plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les signes qui doivent nous guider dans l'établissement de ce diagnostic.

D'ordinaire, les règles sont supprimées pendant un ou deux mois ; ensuite, il se fait par les parties génitales un écoulement d'abord

clair, puis plus foncé que l'écoulement normal et renfermant des coagulums et des lambeaux de tissu. Cet écoulement se reproduit d'une façon irrégulière, il a une durée relativement longue ; quelquefois il s'établit à la suite d'une période menstruelle qu'il semble en quelque sorte prolonger ; quelquefois aussi on ne note aucune anomalie de la menstruation. Mais, en somme, les irrégularités qu'on observe sont trop peu caractéristiques pour ne pas pouvoir être rattachées à quelque autre cause que la grossesse.

On a donné comme signe pathognomonique de la grossesse extra-utérine, l'expulsion de la caduque, qui, le plus souvent, se fait d'abord par petits lambeaux, puis par fragments plus volumineux. Ce signe, quand il existe, a effectivement une grande valeur. Toutefois, il échappe souvent à l'attention de la femme, les fragments de la caduque étant expulsés au moment des garde-robes, ou n'étant pas soumis à l'examen du médecin. Inversement, il arrive que des femmes prétendent avoir expulsé des membranes alors qu'il n'en est rien. Bref, à l'idée de M. Baldy, le signe en question est loin d'avoir dans la pratique la valeur qu'on lui attribue généralement.

Il en serait tout autrement de la douleur, qui s'observe d'une façon constante dans les cas de grossesse extra-utérine. Quand l'œuf est au début de son développement, cette douleur est peu intense quand elle existe ; puis elle se calme pendant un intervalle de temps assez long, pour se réveiller, et à cette seconde phase, elle affecte une extrême violence. Elle est intermittente, revêtant un caractère spasmodique. Elle gagne en fréquence et en intensité, allant jusqu'à provoquer des lypothymies et a pour siège constant le bassin ; les malades la localisent dans la profondeur du ventre. Cette douleur, d'un caractère si particulier, doit pour le moins éveiller dans l'esprit du médecin, le soupçon d'une grossesse extra-utérine ; c'est elle d'ailleurs qui, d'ordinaire, détermine la femme à consulter un médecin.

Autre point à prendre en considération : il est rare qu'une première grossesse soit extra-utérinaire ; le plus souvent la femme a déjà eu au moins un enfant, et entre la précédente délivrance et la grossesse extra-utérine il s'est écoulé une période de stérilité assez longue.

La constatation des signes généraux en rapport avec la grossesse a également une grande importance. Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, que ces signes peuvent être en rapport avec quelque autre affection des organes génitaux, tumeur de l'ovaire, pyosalpingite,

ete. La teinte spéciale du vagin existe toujours. Le col est généralement augmenté de volume et ramolli, entr'ouvert ; de même le corps de l'utérus est presque toujours augmenté de volume et immobile.

Le plus souvent, la palpation fera constater dans l'un des flancs un kyste dur, douloureux, fixé en place par des adhérences ; plus rarement, le kyste siège sur la ligne médiane et se trouve en rapport avec le col. Il peut se faire qu'on trouve une tumeur dans les deux flancs, lorsque la grossesse extra-utérine coïncide avec un néoplasme de la trompe ou de l'ovaire du côté opposé. Toujours on peut constater un accroissement progressif de la tumeur. Les pulsations dont celle-ci peut être le siège n'ont pas de valeur.

Le ballottement ne peut être perçu qu'à une époque relativement tardive, vers le troisième mois. L'accélération du pouls et l'élévation de la température interne sont de règle, en raison de l'inflammation du revêtement péritonéal des organes pelviens.

Au point de vue subjectif, il est à noter que dans la plupart des cas de grossesse extra-utérine les femmes se considèrent comme étant enceintes.

Quand approche l'époque où le kyste va se rompre, des douleurs paroxystiques éclatent presque toujours ; puis, après un de ces paroxysmes la femme tombe dans un état de collapsus et présente tous les signes d'une hémorrhagie interne. Alors le diagnostic de vraisemblance s'impose, quand on a bien suivi l'évolution du cas.

En somme, M. Baldy conclut que dans certains cas la grossesse extra-utérine peut être diagnostiquée à ses débuts, tandis que, assez souvent, les signes qu'on lui attribue peuvent se rencontrer en l'absence d'un kyste fœtal. Inversement, ces signes peuvent manquer et le diagnostic ne pourra être fait qu'au moment de la rupture de la poche de l'œuf. A l'appui de ces conclusions, l'auteur cite des faits en grand nombre, les uns tirés de sa pratique personnelle, les autres empruntés à différentes sources.

(*Médical News*, déc. 1891, et *Gazette de Paris.*)

FORMES ET CAUSES DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE,
Par Zinke.

Les causes de la grossesse extra-utérine sont encore fort obscures voici, d'après Zinke, celles qui sont généralement admises par a plupart des auteurs :

1° Émotion vive au moment de la fécondation.

2° Brutalités exercées sur le bas-ventre immédiatement après le coït.

3° Anomalies des trompes : paralysie, anomalie de longueur, boursouflement et ulcération de leur muqueuse, épaississement et raccourcissement de leurs cils vibratils, oblitération de leur extrémité utérine.

4° Fausses routes qui conduisent aux trompes.

5° Processus inflammatoires et tumeurs du bassin qui compriment les trompes.

6° Salpingites desquamatives.

(*Amer. Journ. of obstetr.*, 1890, février, p. 128.)

NATURE DE L'HÉMATOSALPINX.

Dans sa thèse inaugurale (Giessen 1890), le docteur H. Walter combat l'opinion actuellement en vogue d'après laquelle l'hématosalpinx correspondrait au stade initial d'une grossesse tubaire. Il a fait l'autopsie d'un certain nombre de malades opérées à Giessen, et examiné soigneusement les trompes au microscope. Jamais il n'a rencontré la preuve qu'il existât une grossesse tubaire. Il a trouvé des tissus qui ressemblaient jusqu'à un certain point aux villosités choriales. Il croit que ce sont des simples restes d'une fausse membrane fibrineuse. Contrairement à Orthman, Walther suppose qu'on ne peut pas diagnostiquer la grossesse tant qu'on ne trouve pas de cellules de la caduque. Il admet que dans ces cas l'étiologie est purement négative. Cependant, en tenant compte des résultats fournis par la marche chimique et l'examen microscopique, tout porte à croire que l'hémorrhagie est une conséquence du catarrhe tubaire. L'hématosalpinx peut avoir des conséquences graves, mais il ne résulte pas de là que la cause originelle soit une grossesse tubaire.

(*Le Mois méd.*)

RELATIONS ENTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET L'ÉTAT DE GROSSESSE.

1° La fièvre typhoïde est rare chez la femme enceinte ; 2° Elle détermine l'avortement dans la moitié des cas ; d'autant plus sûrement que l'état de grossesse est dans une période moins avancée ; 3° Les formes les plus légères de fièvre typhoïde peuvent provoquer l'avortement ; 4° Cette complication survient généralement dans le cours de la troisième semaine et quelquefois au commencement de la convalescence de la fièvre typhoïde ; 5° Les accidents puerpéraux sont une exception.

VARIÉTÉS

—

Les femmes pharmaciennes a l'étranger. — « Le tyran, l'homme, est repoussé peu à peu, mais d'une manière certaine derrière les parapets de ses monopoles professionnels, et la femme affirme partout, plus ou moins, ses droits et cela d'une façon triomphante. Non contente de prescrire des remèdes, elle veut maintenant les composer. Un projet de loi vient de passer à la Chambre des députés de France, reconnaissant aux femmes le droit d'exercer la profession de pharmacien. Les Français ne sont rien, sinon chevaleresques, et on est quelque peu surpris de les voir considérablement derrière les autres nations sous ce rapport. En Norvège, les femmes ont depuis 6 *ans* déjà le droit d'étudier la pharmacie et de diriger elles-mêmes une pharmacie. *Dix* femmes environ sont actuellement employées dans des pharmacies, soit comme élèves, soit comme aides-pharmaciennes, mais aucune d'elles ne s'est présentée pour l'examen final. Au Danemark, *deux* femmes seulement, dans le cours de plusieurs années, ont pris des pharmacies ; mais il n'y en a aucune qui ait le « titre de pharmacien ». En Finlande, il existe *sept* femmes pharmaciennes dont pas une cependant n'a passé l'examen final ; à la vérité, depuis 1884, il ne s'est pas présenté de femmes pour être admises. En Russie, les femmes depuis le commencement de l'année dernière, ont conquis le droit de devenir pharmaciennes, et *neuf*, ayant complété les études préparatoires requises à Zurich, ont passé l'examen en Russie. Des cours de pharmacie pour femmes, ont déjà été inaugurés dans un des hôpitaux de Saint-Pétersbourg, au dispensaire duquel nos belles pharmaciennes ont déjà réussi à évincer le sexe rival.

Les faits que nous venons de mentionner semblent démontrer que les femmes à esprit fort n'ont pas pour la pharmacie cet enthousiasme qu'elles déploient pour la médecine, quoique ce soit là une occupation pour laquelle elles sont particulièrement propres à tous égards ; cette indifférence est due peut-être, jusqu'à un certain point, au peu d'opposition qu'elles ont comparativement rencontré dans l'attaque de cette citadelle particulièrement mâle (1) ».

On le voit, le *British Med. Journal* fait les mêmes constatations

(1) *The British Medical Journal* du 11 avril 1891, p. 817.

que nous, en ce qui concerne l'exercice de la pharmacie par les femmes. Mais il ne semble pas vouloir mettre le doigt sur la plaie. Nous répétons que la véritable cause pour laquelle les femmes intelligentes vont vers la médecine plutôt que vers la pharmacie, tient à la considération spéciale dont jouissent les médecins près du public. En cela, elles ont grand tort. Il n'est pas plus difficile d'être pharmacien respecté que médecin considéré. Si l'on veut que les autres vous respectent, il suffit de se respecter soi-même. M. B.

(*Le Progrès méd.*)

—

Vapeurs et hystérie au XVIIIe siècle. — Dans son nouveau livre *sur La vie privée d'autrefois* (*Les médicaments*) (1), M. Franklin rapporte que Madame de Genlis écrivait en 1818 : « Il paraît que nos maux de nerfs sont ce qu'on appelait au commencement du siècle dernier, des vapeurs. Nos pères ne connaissaient point les attaques convulsives des maux de nerfs périodiques que nous avons vues si communes parmi les femmes pendant les huit ou dix années qui ont précédé la Révolution. On était obligé de matelasser les chambres des malades pour prévenir les graves accidents que leurs sauts merveilleux faisaient craindre.

Ces terribles accès prenaient régulièrement deux fois par semaine et constamment les mêmes jours et aux mêmes heures ; de sorte que les parents et les amis, ainsi prévenus avec sûreté, pouvaient se rendre chez les malades au moment même où commençait l'accès qui durait deux ou trois heures, comme un spectacle, avec quelque repos qu'on aurait pu comparer à des entr'actes. Les autres jours, les malades allaient comme de coutume, au bal, à la Cour, à l'opéra, à la comédie, et dans le monde ; et cette surprenante maladie laissait si peu de traces sur leur figure qu'on aurait cru, à les voir, que ces accès si violents n'avaient rien de réel.

Une chose singulière et bien heureuse, c'est que le trouble et le mouvement de l'émigration guérirent subitement tous ces étranges maux de nerfs périodiques. Sans cette espèce de miracle, que seraient devenues ces infortunées malades, ne trouvant point de chambres matelassées dans les auberges et comment auraient-elles pu fuir et faire de si longues routes ? « (*Dictionnaire des étiquettes de la cour*, t. I, p. 367.)

—

Scie funebre. — Un curieux procès en diffamation va se plaider à Saint-Pétersbourg. Il a été intenté par un médecin à un veuf.

Ce veuf inconsolable, attribuant le décès de sa femme à une médication trop énergique, avait affiché, sur la croix surmontant la tombe, la dernière ordonnance signée par le médecin.

Celui-ci réclame de forts dommages-intérêts.

—

Un homme prolifique. — Un Américain, mort il y a peu de temps, à l'âge de 69 ans, s'est marié en 1840 et a eu de sa première femme 18 enfants en 8 ans : deux fois elle a eu des jumeaux ; quatre fois elle a eu 3 enfants à chaque couche ; la septième fois, elle n'a donné le jour qu'à un seul enfant, après quoi elle est morte. Trois mois après, le père se remarie : deux ans de suite il a, avec sa seconde femme, 1 enfant ; puis pendant cinq ans, il en a 10 (cinq fois des jumeaux) ; puis une période de calme s'établit et en trois ans il ne naît que 3 enfants. La seconde femme meurt à son tour, laissant à son mari un total de 20 enfants vivants (12 étant morts sur les 32 qui portent le nom du père). Celui-ci se remarie avec une veuve ayant 1 enfant ; en dix ans elle lui donne encore 9 enfants. Peut-être ce père prolifique continuerait-il le cours de ses exploits, si une locomotive ne l'avait écrasé. Sur ces 41 enfants, il n'en vit que 24 à l'heure actuelle. — (*Mercr. méd.*)

Ne pas oublier que le canard, race également très prolifique, nous vient habituellement d'Amérique.

—

Une anecdote plaisante sur les laparotomistes. — « Un praticien des contrées du nord de l'Etat de New-York vint récemment en visite dans cette dernière ville et en profita pour visiter la Polyclinique. C'était le jour d'opérations du Dr Wylie qui, comme conclusion d'une brillante clinique, demanda au Dr F... ce qu'il pensait de la chirurgie de la métropole. Le Dr F.... répondit : « Je préférerais de beaucoup être un vagabond poursuivi dans le Tennessee, qu'un utérus ici entre les mains de vos chirurgiens de New-York. » (*Prat. méd.*)

—

Les mariages infantiles dans l'Inde. — D'après une statistique récente, il existe dans l'Inde *deux cent mille veuves* âgées de 10 à 14 ans et *quatre-vingt mille* âgées de moins de 9 ans.

NOUVELLES

—

La question posée pour le Prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 fr.) de 1892, est : « Prophylaxie de la syphilis dans l'allaitement. » — Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1892, terme de rigueur.

—

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — PRIX JEAN DUBREUILH : Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1892.

Pour se conformer aux intentions du fondateur de ce prix, qui a voulu que le sujet à traiter fût un sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante :

Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.

—

Nécrologie. — Le Dr Fordyce Barker, professeur d'obstétrique au Collège de New-York, fondateur et premier président de la Société Gynécologique Américaine, créateur de l'Hôpital des Femmes, à New-York, est décédé le 30 mai dernier, d'apoplexie, à l'âge de soixante-treize ans. Il laisse un excellent traité sur les maladies puerpérales. Membre de plusieurs Sociétés savantes, il y prenait souvent la parole et attirait l'attention par son éloquence et son savoir.

(*Gaz. de Gyn.*)

—

Examen de médecine légale. — *L'Examinateur.* — Définissez le viol.

Le Récipiendaire. — Je manque d'expérience dans cette question.

L'E. — Et moi aussi.

Le Président du jury. — Et moi aussi.

L'E. — Heureux pays que le nôtre où les femmes n'attendent pas qu'on les viole. (*Absolument authentique.*)

(*La Clinique.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

138.— De la position dite de Trendelenbourg pour les laparotomies et les explorations gynécologiques.— Cette position opératoire a pour but d'empêcher la masse intestinale de saillir au dehors après l'incision abdominale. Elle consiste à soulever le bassin et à maintenir les genoux sur un chevalet. Grâce à ce procédé, toute la masse intestinale abandonne le bassin et reste cependant dans la cavité abdominale. L'utérus et ses annexes sont dégagés et l'opérateur peut travailler à l'aise sans qu'il soit nécessaire d'avoir des aides pour maintenir les anses intestinales dans l'abdomen.

D'après Stroynovski (de Lemberg), la position élevée du bassin faciliterait aussi singulièrement le palper bimanuel gynécologique en éloignant de l'utérus et de ses annexes les intestins et le liquide ascitique dans les cas où il en existe.

C'est ainsi qu'à l'aide de ce procédé, Stroynovski a pu sentir très nettement, dans plusieurs cas, des tumeurs qui avaient échappé antérieurement à un examen pratiqué dans la position habituelle. C'étaient : une tumeur de l'ovaire située très profondément dans le bassin ; un kyste intra-ligamenteux ; un fibrome sous-séreux pré-utérin chez une nullipare âgée dont les parois abdominales étaient très rigides ; enfin, dans un cas d'ascite, M. Stroynovski put, grâce à l'élévation du bassin, palper très exactement le corps de l'utérus et ses annexes qui ne pouvaient être sentis dans le décubitus horizontal.

***

139. — Importance de vider la vessie pendant l'accouchement et la délivrance. (A. Vigouroux.) — La rétention d'urine pendant l'accouchement et la délivrance peut produire des résultats tellement graves pour la mère et l'enfant, que nous croyons devoir reproduire les conclusions mêmes du travail de M. Vigouroux :

« Tout accoucheur appelé auprès d'une femme au début du travail, ou à n'importe quel moment, doit s'enquérir du temps écoulé depuis la dernière miction, et de la façon dont ses mictions se sont

accomplies pendant la grossesse. L'accoucheur ne doit pas se contenter des réponses de la parturiente, mais pratiquer un examen attentif des organes génito-urinaires.

Une petite quantité d'urine contenue dans la vessie suffit à amener des désordres graves ; l'accoucheur doit vider naturellement ou artificiellement la vessie. S'il est toujours utile de vider la vessie, même dans l'accouchement naturel, il est de la plus haute importance de la vider quand il est nécessaire de pratiquer une opération obstétricale : version, application du forceps, opération césarienne, etc. »

***

140. — Traitement antiseptique de la vaginite. — Il s'agit du traitement local au moyen des tampons et des irrigations :

1° *Irrigations.* — On les pratiquera avec le spéculum tubaire en injectant doucement, très doucement, le liquide antiseptique, en même temps que l'on retire le spéculum, de façon à mettre toute la surface de la muqueuse en contact avec le médicament.

Le liquide à injecter sera la solution de sulfate de cuivre à 1 pour 100, de thymol, d'acide phénique ou de sublimé à 2 pour 1000, ou bien de quatre cuillerées à bouche par litre du glycéré boriqué suivant :

Acide borique.....	40 grammes.
Glycérine neutre pure.....	60 —

F. s. a. et dissoudre à chaud.

2° *Tamponnement.* — On les pratique avec l'ouate hydrophile trempée dans ce glycéré ou bien dans le suivant :

Acide phénique cristallisé.....	0 gr. 50
Salicylate de bismuth.....	2 grammes.
Glycérine pure.....	20 —
Eau distillée.....	50 —

Ou bien encore avec la préparation suivante parfois un peu douloureuse à tolérer :

Iodol.....	2 grammes.
Alcool.....	60 —
Glycérine.....	40 —

3° *Balnéation.* — A moins d'indications contraires, bains sulfureux avec injections au moyen du spéculum pendant leur durée et avec l'eau du bain (*Rev. gén. de clin. et de thér.*)

Remarque. — La formule donnée, dans l'article ci-dessus, pour le tamponnement du vagin ne doit pas être conservée. Si, en effet, ainsi que l'a démontré M. le Dr Chéron, en 1879, on emploie une glycérine impure, contenant une certaine quantité d'eau et marquant moins de 30 degrés à l'aéromètre Baumé, tout effet osmotique et décongestif est, par cela même, supprimé. A plus forte raison ne doit-on pas formuler un mélange de 20 grammes de glycérine pour 50 grammes d'eau. Le meilleur tampon vaginal, dans le cas de vaginite, consiste dans l'application de baudelettes de gaze iodoformée ou de gaze salolée imbibée de glycérine neutre à 30° ou de glycérine neutre mélangée avec 1/10e de son poids de sulfo-ichthyolate d'ammonium.

(*N. D. L. R.*).

***

141. — Traitement de la vaginite par le rétinol. — Cette substance est extraite de la colophane par distillation. C'est un hydrocarbure qui se présente sous forme d'un liquide offrant la consistance de l'huile de lin, et dont la couleur est d'un brun noir, tantôt d'un jaune doré, selon le mode de préparation. Le rétinol a une réaction légèrement acide : il s'évapore lentement à la température ordinaire. Comme toutes les substances balsamiques, il doit être considéré comme un agent antiseptique. M. Balzer propose d'ailleurs d'accroître son action thérapeutique à ce point de vue en l'additionnant d'essences diverses, de salol, naphtol camphré, etc.

Le rétinol a déjà été appliqué en Amérique au traitement de la gonorrhée, des métrites, etc. Les bons résultats qu'il a donnés doivent être attribués à son pouvoir antiseptique et à son action isolatrice.

Introduit dans le vagin, il s'étale à la surface de ce conduit en le recouvrant d'une mince couche adhérente. Il suffit pour cela d'introduire, à l'aide du spéculum, après lavage de la muqueuse, un tampon d'ouate hydrophile imbibé de rétinol. Chez une quarantaine de

femmes, M. Balzer a usé de ce mode de traitement, et toujours il a obtenu une guérison prompte de la vaginite. Particulièrement remarquables ont été les résultats obtenus pour s'opposer, à l'aide de ce topique, à la récidive des végétations après abrasion sanglante.

Pour permettre aux malades de poursuivre seules le traitement par le rétinol, sans le secours du spéculum, M. Balzer s'est efforcé de faire préparer ce médicament sous la forme d'ovules solidifiés. Successivement, il a essayé d'un mélange de rétinol et de colophane à saturation ; mais cette préparation présente l'inconvénient de former au niveau des organes génitaux externes un magma agglutinatif très cohérent. Au rétinol et à la colophane il a ajouté de la poudre de tan : ici il a rencontré les inconvénients inhérents aux poudres insolubles ; la difficulté très grande de déterger les culs-de-sac et replis de la muqueuse à l'aide de lavages. A la poudre de tan il a substitué le borax ; dans ces conditions, l'ovule présente une fusibilité parfaite ; toutefois ce mélange est d'un contact particulièrement douloureux lorsqu'il existe des ulcérations de la muqueuse, et ne peut être supporté dans certaines vaginites aiguës très intenses.

***

142. — Le thym contre la coqueluche. (A. Noevius.) — L'auteur rappelle que M. S. B. Johnson a signalé en 1888 (*Centr. f. die med. Wissensch.*, 28 juillet) le thym comme le meilleur remède de la coqueluche. Puis, il fait connaître les avantages considérables qu'il en a tirés dans une épidémie de coqueluche qui s'était déclarée à Joensun. La guérison aurait eu lieu en quinze jours. Voici sa formule très simple :

Thym.....	100	grammes.
Eau.....	700	—

Faites infuser et ajoutez :

Sirop de guimauve.....	50	—

Nous y substituerions volontiers du sirop de belladone. — A prendre par doses d'une cuillerée à thé ou à soupe, huit à douze fois par jour, suivant l'âge des enfants.

Nous empruntons ces renseignements au *Finska Lakaresalls*

kapets Handlingar, rédigé par le Dr FAGERLUND, qui donne à la fin de chacun de ses numéros un résumé en français des articles publiés.

B.

***

143. — De la suture primitive du périnée, par le Dr GENDRON (1). — Ce sujet a d'autant plus d'intérêt qu'il touche à la fois à l'obstétrique et à la gynécologie.

M. Gendron est partisan de la réparation immédiate. Il cite 8 cas favorables à l'appui de cette manière de faire. Très discutée autrefois, la périnéorrhaphie immédiate ne l'est guère plus, aujourd'hui que la méthode antiseptique assure le succès constant, là où l'ancienne chirurgie courait toujours l'aléa d'un échec.

La réunion primitive est devenue la règle là où elle était l'exception.

Vous me dispenserez de rééditer ici les arguments pour et contre, qui servaient anciennement de thème aux discussions. Un seul fait a tout changé, je le répète, c'est la pratique moderne de l'antisepsie et les bonnes raisons sont devenues mauvaises depuis que nous sommes maîtres de tenir le milieu opératoire, pur de toute contamination, *avant, pendant et après l'opération.*

Sur le terrain de la chirurgie moderne, quelques objections ont été cependant soulevées :

1° Mauvais état des plaies déchiquetées, contuses, lacérées, etc. Donc, affrontement difficile et mortification de quelques parties ; réunion immédiate impossible.

2° Nécessité d'imposer une opération douloureuse à une femme qui vient de traverser une période de souffrances prolongées et intenses.

La réponse a été faite par M. Gendron, après les partisans de l'intervention immédiate.

D'abord, on fait de la plaie péritonéale ce qu'on veut et on la régularise à volonté aux ciseaux et au bistouri. L'excision des parties déchiquetées et contuses, en un mot, la préparation des surfaces à affronter est un temps aisé de l'opération.

Ensuite, la douleur est presque nulle si on opère dans les premières dix-huit heures après l'accouchement. Il semble, en effet,

(1) Rapport de candidature lu par M. Doléris à la Soc. obs. et gyn., 14 mai 1891.

que toute sensibilité ait disparu de la région génitale. Personne ne conteste, je crois, ce fait d'observation très simple.

Quant aux avantages, ils sont nombreux, et je ne vois pas la nécessité de les rappeler ici. M. Gendron les a établis très nettement et d'une manière judicieuse.

M. Gendron a émis quelques opinions personnelles en ce qui concerne la pratique même de l'opération.

Ainsi, il préfère opérer sur une table *ad hoc* que sur le lit même de l'accouchée.

Il *insensibilise* la vulve et la région périnéale avec une injection de cocaïne.

Il use de *fils d'argent* pour la suture périnéale et il serre très fort ses fils pour, une fois l'infiltration des tissus disparue, être sûr que ceux-ci feront bien leur office et affronteront exactement les surfaces.

Il met un doigt dans l'anus pour éviter que l'aiguille ne pénètre dans ce conduit.

Il se sert de *crin de Florence* pour la suture superficielle de la peau.

Il se sert de *catgut* pour la suture du côté du vagin.

Il insiste particulièrement sur le point de suture *anal* destiné à rapprocher les extrémités du sphincter divisé, si la rupture est complète.

M. Gendron est contre la méthode de constiper la malade après l'opération.

Je ne veux pas discuter cette pratique. Je la trouve compliquée et peut-être un peu puérile dans certains détails, comme la réunion du sphincter divisé que tout le monde réédite d'après Emmet.

Mais, en somme, chacun agit comme il l'entend. L'essentiel est d'être propre et assez habile pour assurer la réunion suffisante et sans difformité.

Quant à obtenir un anus efficace, si ce conduit est atteint par la lésion, cela est facile, à condition de faire une anaplastie régulière et solide.

***

144. — La chorée des femmes enceintes. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — La chorée constitue une complication grave de la grossesse, puisque les relevés de Fehling et de Spiegelberg

accusent 39 morts sur 137 cas, soit 28 p. 100. A défaut d'indications causales bien déterminées, le traitement doit être avant tout hygiénique et tonique. L'hydrothérapie bien conduite peut rendre de bons services. Parmi les médicaments les plus vantés, citons surtout l'arsenic, le bromure de potassium et le chenopodium ambrosioïdes. Tous les antispasmodiques, du reste, ont été tour à tour essayés. Strumpell recommande d'être très prudent dans l'emploi des narcotiques et déconseille l'hydrate de chloral comme pouvant entraîner des conséquences désastreuses.

Dans les cas graves, le docteur E. Hubert, qui donne ces détails, estime que la provocation de l'accouchement prématuré se trouve indiquée.

La chorée des femmes enceintes est un accident assez rare, et les auteurs qui s'en sont le plus spécialement occupés ne sont parvenus à en recueillir que deux cents cas environ. On la rencontre surtout chez les primipares de 20 à 25 ans. Dans un cas, Wasseige (de Liége) pratiqua l'accouchement forcé : dilatation et débridement du col ; application du forceps ; perforation de la voûte du crâne ; et, une demi-heure après la délivrance, il survint un accès qui se termina en quelques minutes par la mort.

L'auteur cite un cas remarquable de chorée gravide dû à Rombault. Les moyens antispasmodiques qui avaient jugulé la chorée à la première grossesse furent complètement impuissants à la seconde. La situation devint si grave qu'il fallut procéder à l'accouchement provoqué. L'appareil élytrocyste est appliqué pour amener la dilatation du col. L'application faite avec quelque difficulté amène, au bout de vingt minutes, une dilatation de la largeur d'une pièce de 2 francs, mais aucun travail. La chorée cessa définitivement, le col est resté ouvert, mais la grossesse a poursuivi son cours et l'accouchement s'est fait heureusement à terme. — P. N.

***

145. — Traitement de l'impétigo chez l'enfant, par M. E. Gallois. — Ce traitement a pour base le pansement occlusif dépassant les limites du mal et pour topique le taffetas à l'ichtyol ou le collodion iodoformé appliqué au pinceau.

Au cuir chevelu on réalise cette indication soit au moyen d'un bonnet de caoutchouc, soit par l'emploi d'un corps gras de consis-

tance appropriée : axonge balsamique, cérat boriqué, vaseline avec addition de cire, etc., etc. Les deux moyens peuvent être employés simultanément, c'est-à-dire que le bonnet de caoutchouc peut être appliqué sur la tête préalablement enduite du corps gras.

Sur certains points de la face le traitement par les corps gras est seul applicable. Il est utile alors d'employer une pommade antiseptique, iodoformée ou tout au moins boriquée à 1/10e. Dans tous les cas on devra s'être tout d'abord débarrassé des croûtes par l'enveloppement avec le caoutchouc et un savonnage sérieux. Il sera toujours utile de faire prendre à l'enfant un bain par semaine avec : bichlorure de mercure, 2 grammes pour un bain de cinquante à soixante litres. Après le bain tous les vêtements seront remplacés par des vêtements neufs ou désinfectés. Les ongles seront brossés avec soin pour éviter les réinoculations par le grattage. (*Dauphiné médical*, janvier 1891.)

***

146. — Le sulfonal dans un cas de trismus de nouveau-nés. — Il s'agit d'un enfant âgé de 8 jours chez lequel les manifestations morbides survenaient dès le cinquième jour. En cinq heures l'enfant a eu cinq accès. J. Bérényi prescrivit le sulfonal en lavement (à 0 gr. 2) et à l'intérieur. Les accès diminuèrent d'intensité et de fréquence immédiatement après l'institution du traitement. Guérison après six jours. L'enfant a reçu en tout jusqu'à 10 grammes de sulfonal sans que l'on ait noté de somnolence ou de phénomènes secondaires fâcheux quelconques. (*Ther Mntsh.*, mars 1891, p. 201 et 202.)

***

147. — Traitement de l'accouchement dans les présentations du siège. (A. Duhrssen.) — Dans ces présentations, si l'enfant ne naît pas quelques minutes après la sortie de l'ombilic, il meurt asphyxié par suite de la compression du cordon entre le bassin et le tronc ou la tête de l'enfant. Ce ralentissement dans l'accouchement se montre surtout chez les primipares chez lesquelles le vagin est rigide, étroit et dans les cas de bassin rétréci ou de tête volumineuse. On l'observa encore quand la présentation des pieds est complète et cela parce que les pieds et les hanches étroites ne dilatent pas suffisamment les parties molles pour permettre le passage

rapide de la tête. Enfin, ce même retard se rencontrera encore lorsque, avant la sortie de l'ombilic, on aura fait des tractions sur les parties déjà dégagées.

Dans les présentations du siège, lorsqu'il n'y a de danger ni pour la mère ni pour l'enfant, on doit attendre jusqu'à la sortie de l'ombilic. Il n'y a d'exceptions à cette règle que pour les présentations du siège compliquées de chute du cordon, présentations dans lesquelles on fait descendre un pied afin de pouvoir extraire facilement l'enfant, sa vie venant à être compromise. Si on exerce des tractions sur les parties dégagées, avant la sortie de l'ombilic, les bras peuvent être refoulés vers le haut, le menton s'éloigner de la poitrine, éventualités qui rendent le dégagement des bras ou de la tête très difficile ou même impossible. On doit défendre à la parturiente de pousser. Pourtant, plus tard (après la naissance du siège), elle poussera de toutes ses forces, dès qu'on le lui commandera. Il faut aussi expliquer à l'accoucheuse qu'immédiatement après la sortie du siège, elle devra, lorsque l'ordre lui en sera donné, saisir le fond de l'utérus des deux mains et le pousser fortement vers le bas. Elle doit aussi savoir que, dès que les bras seront dégagés, elle cessera d'exercer une pression sur le fond de l'utérus et placera alors les deux mains sur la tête au-dessus du pubis, afin de pousser fortement celle-ci dans le bassin. L'accoucheur préparera tout ce qui est nécessaire pour ranimer un enfant asphyxié, sans oublier le bain qu'on fera placer dans la chambre à partir du moment où le siège apparaît à la vulve. On placera la parturiente en travers du lit ; pour les multipares, lorsque le siège descend dans le vagin, pour les primipares, lorsqu'il apparaît à la vulve. Ce n'est que de cette façon qu'on peut éventuellement intervenir utilement.

Bien souvent, immédiatement après la sortie du siège, le reste de l'enfant naît spontanément, si toutefois on prend soin de faire pousser la parturiente et de pratiquer l'expression (de Kristeller) que nous venons de décrire. Si cela n'a pas lieu, l'accoucheur, après s'être désinfecté, procédera au dégagement des bras et de la tête.

***

148. — Fistule à l'anus chez l'enfant. — On considère les fistules à l'anus comme exceptionnelles dans l'enfance et croyant à un simple érythème ou à du prurigo, on néglige d'explorer la région

anale. Ce sont là des erreurs dont il suffit de connaître la possibilité pour les éviter.

Les causes de la fistule sont assez nombreuses chez les enfants : il est aujourd'hui bien démontré qu'un grand nombre de fistules anales sont tuberculeuses. Quant aux abcès qui les précèdent, ils résultent manifestement de l'évolution de masses tuberculeuses situées soit à la marge de l'anus, soit à la fesse, soit dans les parois rectales mêmes. Cette cause existe manifestement dans un certain nombre d'observations chez l'enfant.

Quelques abcès chauds, qui sont une cause de fistule, sont dus quelquefois à des traumatismes, coups de pied, blessure de la muqueuse par une canule de seringue, etc., et surtout à la propagation d'une inflammation de voisinage comme les abcès tubéreux de l'anus, ou l'intertrigo et la lymphangite consécutive.

Les corps étrangers peuvent avoir aussi une certaine importance étiologique. Mais Ribes fait jouer un grand rôle aux lacunes de Morgagni dans la production de certaines fistules anales. Pour cet auteur, les matières excrémentielles et les oxyures, en pénétrant dans les lacunes, pourraient occasionner l'apparition d'ulcérations, d'abcès et de fistules ; cette manière de voir plaiderait en faveur de l'opinion d'Allingham qui considère la fistule anale chez l'enfant comme résultant presque toujours de la présence des vers intestinaux.

L'influence des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde dans la production des abcès de la marge de l'anus ne doit pas non plus être oubliée. En dernier lieu, comme causes de fistules anales, il faut citer encore le rétrécissement du rectum. Pourtant, tous ces rétrécissements ne sont pas également susceptibles de donner naissance à des fistules anales. C'est ainsi que le rétrécissement congénital du rectum ne s'accompagne jamais ou presque jamais de fistules.

Telles sont les causes de la fistule anale chez l'enfant ; leur symptomatologie et leur traitement ne différant pas sensiblement de ce que l'on observe chez l'adulte, nous n'insisterons pas ici sur cette partie de la *thèse de M. Vignes*, 1890.

***

149. — Remède contre la coqueluche. — Le docteur F. Burdon emploie contre la coqueluche l'extrait fluide de seigle ergoté en suspension dans du vin ; dose : 5 gouttes toutes les deux ou quatre

heures, chez un enfant de trois mois ; dose plus forte proportionnée à l'âge, chez les enfants plus âgés. La médication est continuée jusqu'à ce que les accès de toux aient perdu leur caractère convulsif. L'ergotine a pour effet de diminuer la sécrétion bronchique et l'hyperémie de la moelle allongée. (*Allgmeine medicin. Central-Zeitung*, 1890. N° 83).

***

150. — Potion purgative pour les enfants.

Huile de ricin.....	15 grammes.
Infusion de café.....	60 —
Sucre en poudre.....	20 —
Jaune d'œuf.....	N° 1.

F. s. a. une potion émulsionnée, que l'on fait prendre aux enfants atteints d'embarras gastrique.

(*Union méd.*).

***

151. — Traitement des oxyures par la naphtaline. — Minerbi a appliqué la naphtaline au traitement des oxyures. Onze enfants infectés par ces parasites ont été guéris ainsi en moins de huit jours. La formule employée était la suivante :

Naphtaline.....	1 gr. à 1 gr. 50.
Huile d'olive.....	40 à 60 grammes.

Pour un lavement.

Chez l'adulte, il faut employer des doses plus fortes :

Naphtaline.....	5 à 6 grammes.
Huile d'olive.....	60 à 80 —

Pour un lavement. (*Médecine moderne.*)

***

152. — Créoline dans le traitement de la gastro-entérite aiguë des enfants. (Schwinz.)

Créoline.....	111 gouttes
Eau de cannelle.....	75 gram.
Sirop de guimauve.....	22 gram.

A donner aux enfants très jeunes une cuillerée à café toutes les

heures. S'agit-il d'enfants plus âgés on peut prescrire la créoline sous forme de poudre :

Créoline.....	XV gouttes
Sucre.....	4 gr. 50

pour 10 paquets. A donner 1 ou 2 paquets par jour. Les phénomènes morbides disparaissent ordinairement en 3 à 6 jours.

(*Arch. of Ped.*)

***

153. — Agalactite. — Tisane de jaborandi ; cataplasmes de feuilles de ricin fraîches.

Alimentation adipogène : surtout lentilles, morue salée, bonne bière, lait, œufs, viandes faites, volailles, sagou, salep, soupe au poisson, panais, navets, avoine, pommes de terre, fenouil, chocolat, galéga, *stout*, etc.

Electrisation des mamelons : leur succion méthodique.

Repos physique et moral.

(*Formulaire du Dr E. Monin.*)

***

154. — Le thiol en gynécologie.—(Gottschalck. *Centralb. für Gyn.*, 1891, n° 2.)— M. Gottschalk emploie depuis neuf mois le thiol dans le traitement des affections gynécologiques. Il croit pouvoir affirmer que ce médicament égale en efficacité l'ichthyol, sur lequel il a l'avantage d'être absolument inodore. Or l'odeur répugnante de l'ichthyol fait que l'emploi de ce médicament est souvent repoussé par les malades.

En premier lieu, M. Gottschalk a expérimenté le thiol dans le traitement des exsudats paramétritiques et périmétritiques : des tampons imbibés d'une solution de thiol dans de la glycérine, solution à 10-20 %, étaient introduits dans le fond du vagin ; ces tampons étaient renouvelés tous les jours ou tous les deux jours. En même temps, la paroi abdominale était enduite d'une pommade au thiol, de même degré de concentration. Après l'introduction du tampon, les malades accusent une sensation de resserrement dans le bas-ventre ; souvent il se fait une sécrétion abondante par le vagin. Cette sécrétion s'arrête presque aussitôt après que le tampon a été retiré.

Appliqué sur la peau du ventre, le thiol produit des effets presque

identiques à ceux de la teinture d'iode. Après 6 ou 8 jours d'applications quotidiennes, les malades éprouvent une sensation locale de brûlure; l'épithélium se desquame comme à la suite des badigeonnages de teinture d'iode. Après une pause de quelques jours, on peut sans inconvénient reprendre les applications de thiol.

Sous l'influence de ce traitement topique, qu'on peut appuyer par l'administration interne du thiol, M. Gottschalk a vu de vastes exsudats pelviens se résoudre en l'espace de quelques semaines. On peut abréger la durée de la cure, en associant à celle-ci des bains de siège chauds ou le massage.

M. Gottschalk a également employé le thiol à l'état de poudre, dans le traitement des érosions du col ; les érosions étaient saupoudrées de thiol, et on appliquait par-dessus un tampon d'ouate. Guérison très rapide.

Dans les formes récente et chronique d'endométrite, M. Gottschalk a eu recours à l'introduction, dans la cavité utérine, au moyen de la sonde de Playfair, de tamponets d'ouate enduits de thiol liquide pur. Ces applications topiques sont à la fois indolores et inoffensives ; elles ne provoquent pas de coliques utérines, pas d'inflammations périmétriques, alors même qu'elles sont renouvelées tous les deux ou trois jours. Tout au plus sont-elles suivies parfois d'une légère hémorrhagie. La muqueuse utérine s'exfolie progressivement en totalité.

Le thiol n'a qu'un inconvénient, c'est son prix de revient relativement élevé.

***

155. — Des divers agents anesthésiques dans les accouchements naturels. — M. le docteur Chaigneau a étudié comparativement tous les anesthésiques employés ou expérimentés dans les accouchements. Ces agents sont extrêmement nombreux, mais il n'y a guère que le chloroforme, le chloral, l'antipyrine et la cocaïne qui puissent être utilement employés. Encore l'antipyrine n'a-t-elle donné que d'assez médiocres résultats. Le chloral, qui présente certains avantages, a l'inconvénient de devoir être employé à hautes doses et d'être alors irritant pour l'estomac et l'intestin. Le chloroforme, au contraire, présente tant d'avantages qu'il est surprenant qu'on ne l'emploie pas plus souvent. Il n'a aucune action particulière sur la délivrance, sur la production des hémorrhagies post-partum, et sur les suites de couches. Il est indiqué dans tous les cas

de douleurs trop grandes, de contractions irrégulières de l'utérus, de contraction spasmodique et de rigidité du col, de rétention placentaire par contraction utérine, de résistance du périnée et de tranchées utérines, mal tolérées. Les seules contre-indications du chloroforme sont la chloro-anémie avec tendance aux lipothymies, la syncope. Les affections pulmonaires aiguës ou chroniques, les maladies du cœur, du rein, du système nerveux, ne doivent pas arrêter le médecin prudent dans l'emploi de cet anesthésique.

La cocaïne n'a pas été jusqu'ici très employée. Elle peut cependant rendre de grands services pour atténuer les douleurs au moment du passage de la tête à travers le canal vagino-vulvaire. Les meilleurs résultats ont été obtenus par M. Jeannel, qui se sert d'une solution à 5 pour 100 dont il imbibe un tampon de coton pour badigeonner le col, les culs-de-sac vaginaux et les parois de ce conduit. Le tampon est laissé à demeure, puis remplacé au bout de quelques minutes par un second, puis un troisième. La malade ne tarde pas à déclarer un véritable soulagement et même la disparition à peu près complète des douleurs. Le travail s'accélère par ce fait que la femme souffrant moins, pousse mieux, et les contractions deviennent plus régulières et plus efficaces. Ce traitement est suivi dès le début du travail. D'autres auteurs, M. Doléris en particulier, emploient des onctions sur le col avec une pommade à 4 pour 100. Mais il faut noter que le sublimé, qu'on emploie souvent en injection, décompose l'alcaloïde et lui enlève ses propriétés. Enfin, MM. Auvard et Sécheyron ont essayé des injections sous-cutanées 5 à 10 minutes avant l'expulsion de la tête. Ils injectent une demi-seringue de la solution au vingtième dans chaque lèvre, près de la fourchette. La suppression des douleurs terminales si violentes est souvent complète. M. Auvard cite aussi un cas dans lequel, la tête étant à la vulve, les douleurs vives de l'anus, de l'orifice vulvaire, étaient calmées par l'application toutes les cinq minutes pendant une demi-heure, d'une solution de cocaïne au vingtième. Aussitôt que la sensibilité commençait à revenir localement, la malade redemandait elle-même l'application du médicament et ne tardait pas, après une sensation de brûlure momentanée, à accuser un véritable soulagement ; l'expulsion fut spontanée.

(*Journal de médecine de Paris.*)

***

156. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. (E. Besnier.)

1° Médication tonique. — Bonne alimentation, sirop d'iodure de fer, préparations de quinquina ;

2° Médication spécifique. — Tous les jours administrer une des pilules suivantes :

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 01
Extrait thébaïque.....	0 gr. 005
Extrait de gentiane.....	0 gr. 005
Glycérine.....	q. s.

Pour une pilule.

3° En même temps prescrire l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr.

Le traitement se continue pendant toute la durée de la grossesse et l'augmentation du poids de la malade est la mesure de son efficacité.

FORMULAIRE

—

Du traitement des tumeurs cancéreuses du sein par les injections interstitielles de liqueur de Van Swieten (méthode du Dr Poncel) (Jules Chéron)

On se souvient qu'il y a un an environ M. le Dr Poncel (de Marseille) présenta, à l'Académie de médecine, un certain nombre de cas de tumeurs d'apparence cancéreuse guéris par les injections interstitielles de liqueur de Van Swieten.

Nous avons vu nous-même plusieurs cas de cancer du sein traités par notre distingué confrère, et les résultats nous ont paru dignes de la plus grande attention. On sait, du reste, que la question est à l'ordre du jour et que les auteurs étrangers ont employé, les uns avec

succès, les autres sans grand résultat, les injections interstitielles de pyoctanine dans des cancers de siège varié. La nature microbienne des tumeurs cancéreuses, acceptée de plus en plus comme une vérité scientifiquement établie, rend légitime et logique le traitement de ces tumeurs par les injections, dans le tissu morbide lui-même, d'un antiseptique puissant comme le bichlorure de mercure.

Nous avons eu nous même trois succès inattendus, dans des cancers du sein, anciens, ayant déjà donné lieu à la production d'adénites axilaires volumineuses.

Dans un des cas, le sein malade, contenant une tumeur de la grosseur de deux poings environ, avec adhérence à la peau qui avait pris l'aspect classique de la peau d'orange, s'est réduit, au bout de trois mois de traitement journalier, au volume d'une grosse amande excessivement dure. Les douleurs ont disparu ainsi que les phénomènes cachectiques. Les ganglions avaient presque complètement disparu ; un seul restait, qui a été résorbé à la suite de deux injections poussées dans sa masse et on n'en trouve plus actuellement de trace. L'état de la malade est très satisfaisant depuis déjà trois mois.

La méthode du Dr Poncel consiste à faire, chaque jour, deux à trois injections interstitielles (de 1 centimètre cube chaque) de liqueur de Van Swieten. On prend les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ces injections ne sont pour ainsi dire pas douloureuses ; elles ne produisent pas de réaction locale, si l'on espace les piqûres de 1 centimètre l'une de l'autre.

J'ai employé de la liqueur de Van Swieten stérilisée à l'étuve, pour me mettre à l'abri de tout accident, et je n'ai pas eu la moindre menace d'abcès, bien que j'aie fait jusqu'à 200 injections interstitielles de 1 gramme, dans un seul sein.

Nous croyons qu'il y a lieu d'attirer l'attention de nos lecteurs sur la méthode du Dr Poncel et nous ne pouvons que les engager à l'expérimenter, dans les cas de cancer du sein dont le pronostic opératoire ne semble pas devoir être favorable, ou dans les récidives après une première opération.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

APPRÉCIATIONS SUR L'INFLUENCE CURATIVE DE LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE.

La récente discussion de la Société de Chirurgie (1) sur l'influence curative de la laparotomie exploratrice mérite d'attirer l'attention de nos lecteurs.

MM. Richelot, Pozzi, Monod, Marchand, Tillaux, etc., ont rapporté des observations très intéressantes de lésions des annexes, non énucléables, entourées d'adhérences très étendues, très solides, rendant la salpingectomie impossible ; les chirurgiens dont nous parlons, après avoir fait l'incision de la paroi abdominale, après avoir déchiré un certain nombre d'adhérences et après avoir constaté directement la difficulté de l'opération complète ont dû se contenter, dans quelques cas, de laisser en place les organes malades, de refermer le ventre... et cependant un certain nombre de guérisons se sont produites à la suite de cette intervention très incomplète. Du reste, le fait avait été constaté et noté, il y a quelque temps déjà, par M. Lucas-Championnière, qui, dans son mémoire sur les salpingites, les ovarites et les adhérences, avait insisté sur les heureux effets de la destruction directe, après laparotomie, des adhérences anciennes et avait attri-

(1) Séance du 27 juillet 1891. Voir le présent n° de la *Revue médico chirurgicale des maladies des femmes.*

bué à cette destruction des adhérences un rôle important dans l'amélioration produite par la laparotomie.

La conclusion qui s'impose, après cet exposé de faits observés par les partisans mêmes de la laparotomie, est donc qu'il y a eu erreur de déclarer que les lésions des annexes n'étaient susceptibles de guérir que par l'ablation complète des annexes et que par suite on a probablement abusé de la laparotomie. S'il s'agit simplement, en effet, de détruire les adhérences vicieuses, les moyens ne nous manquent pas pour arriver à ce résultat sans qu'il soit besoin de faire l'incision abdominale : la révulsion répétée sur la paroi de l'abdomen, le massage, l'électricité (sous la forme de courants continus ou sous la forme d'intermittences rythmées du courant continu), enfin les transfusions hypodermiques de sérum artificiel employés à propos et avec persévérance permettent toujours de faire disparaître les exsudats pelviens et de restituer à l'utérus, aux ovaires et aux trompes de Fallope leur mobilité physiologique. Il n'y a qu'une condition indispensable à la guérison, c'est d'éteindre complètement l'infection locale, et, chose étrange ! c'est bien souvent la préoccupation moindre, dans les cas de laparotomie, que de laisser un utérus infecté sans y toucher, ce qui expose ainsi, au bout de peu de temps, à voir reparaître les mêmes accidents du côté du bassin.

J'ai vu déjà un certain nombre de malades ayant subi l'ablation des annexes d'un seul côté, alors que l'endométrite initiale avait été respectée, chez qui le côté opposé avait été promptement atteint de salpingo-ovarite avec pelvi-péritonite. Chez d'autres, ayant subi l'ablation des annexes des deux côtés, l'utérus conservant sa muqueuse malade, j'ai vu la persistance des hémorrhagies et des poussées de cellulite pelvienne, etc., etc. Soit dit en passant, pourquoi ne pas faire d'abord la chose si rationnelle qui consiste à nettoyer la cavité utérine malade, point de départ avéré de toutes les salpingites avec ou sans pelvi-péritonite et, cela fait, par les moyens mentionnés plus haut, amener l'extinction de l'inflammation et la résolution des exsudats. En suivant cette voie, on évite les mutilations, on a des guérisons durables et,

dans quelques circonstances, rares il est vrai, nous avons vu survenir la grossesse, ce qui prouve que la destruction des ovaires et l'oblitération des trompes, ne représentent pas la terminaison fatale des salpingo-ovarites même avec pelvi-péritonite.

Il est bon de dire enfin que la laparotomie exploratrice ne donne pas toujours des résultats favorables et que, si M. Richelot a eu la bonne fortune de voir quelques cas d'amélioration après l'incision de l'abdomen sans destruction systématique des adhérences, nous voyons en revanche bien des malades qui n'ont retiré aucun bénéfice de ce semblant d'intervention. Aussi ne saurait-on laisser passer sans observation cette parole d'un des orateurs de la Société de Chirurgie : « De ces résultats, il y a une conclusion bien simple à tirer : c'est que la laparotomie non seulement ne fait pas de mal, mais peut faire grand bien. Il faut donc augmenter le cadre des indications de la laparotomie et se déclarer plus hardi. » Voilà un chirurgien qui n'est pas de l'avis de celui qui disait récemment, après la communication de M. Segond sur l'hystérectomie vaginale : « La chirurgie peut en faire son deuil, la laparotomie s'en va. »

La conclusion, pour nous, est celle-ci : si la laparotomie simplement exploratrice donne des succès, dans les cas en apparence les plus graves, puisque ce sont ceux dans lesquels les annexes ne sont pas énucléables, la gynécologie conservatrice, celle que nous ne cessons de défendre dans ce journal, est donc suffisante à amener la guérison. L'observation de tous les jours nous le prouve du reste amplement et les cas rebelles à un traitement médico-chirurgical patient et prolongé sont en réalité tout à fait exceptionnels. Dans ces derniers cas, la chirurgie doit intervenir d'une façon radicale et l'opération indiquée est la castration utéro-tubo-ovarienne par la voie vaginale, préconisée par MM. Péan et Segond, car, seule, elle enlève tous les organes malades et évite à coup sûr les récidives.

JULES CHÉRON.

ÉTUDE DE L'ENDOMÉTRITE

qui complique les tumeurs fibreuses,

Par le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

6° M. le Dr Latteux a bien voulu faire à ma demande, ainsi que je le disais plus haut, l'examen histologique de la muqueuse utérine dans deux cas de fibrome hémorrhagique. Malheureusement je n'ai pu mettre à sa disposition que des fragments de muqueuse enlevés au moyen de la curette. Il s'agissait dans les deux cas, d'endométrite fongueuse ancienne, avec altérations glandulaires et interglandulaires, avec des épanchements sanguins abondants à la surface de la muqueuse.

Le premier était un cas de fibromes multiples sous-péritonéaux, interstitiels et sous-muqueux, chez une malade du service de M. le Dr Segond, à la Maison municipale de santé.

Il s'agit, dit M. Latteux, d'une vieille endométrite chronique ayant pris naissance sous l'influence du voisinage des myomes utérins.

La muqueuse s'est hypertrophiée, est devenue fongueuse ; les *glandes* se sont développées et ont bourgeonné, envoyant des poussées épithéliales en tous sens. En même temps le *tissu conjonctif* s'hypertrophiait et les vaisseaux devenant moins résistants par suite de leur dilatation laissaient se produire les *hémorrhagies interstitielles* constatées dans toute la masse.

La figure 1 (planche I), à un grossissement de 100 diamètres environ, permet de voir le tissu inter-glandulaire (I) infiltré de cellules embryonnaires entourant des glandes (2, 2), déformées et dilatées dont l'épithélium de revêtement est proliféré ; en (3) on voit un lymphatique dilaté.

La figure 2 dessinée à un fort grossissement représente une glande dilatée avec le tissu conjonctif (1) qui l'entoure. L'épithélium de la glande est disposé sur deux couches en certains points :

(2) est la couche profonde de cellules cylindriques à noyaux volumineux ; (3) est une couche de cellules épithéliales plus arrondies. Dans la cavité glandulaire on voit quelques globules blancs à noyaux multiples.

Le second cas est relatif à un fibrome interstitiel du fond de l'utérus, chez une malade de la clinique de mon maître, M. le Dr J. Chéron.

La coupe pratiquée perpendiculairement à la surface d'un des lambeaux de muqueuse présente en allant de dehors en dedans : a) une couche épithéliale composée de cellules cylindriques encore en place, en un seul rang, excepté à l'orifice des glandes où il existe un commencement de prolifération ; b) des glandes dont les unes sont coupées verticalement et montrent nettement leur cul-de-sac, tandis que les autres sont sectionnées transversalement. L'épithélium de revêtement est normal ; c) Un chorion manifestement épaissi et hypertrophié, infiltré d'une prodigieuse quantité de cellules embryonnaires et au milieu duquel apparaissent de volumineux capillaires dilatés et remplis de sang. Ces capillaires sont à parois très minces et se rompent avec la plus grande facilité. Il en résulte d'abondantes extravasations sanguines. Le sang s'épanche en tous sens dans les régions ambiantes s'infiltrant entre les éléments et formant souvent sous la couche épithéliale des amas plus ou moins considérables. En certains points la couche épithéliale est entièrement séparée du tissu sous-jacent par l'épanchement sanguin qui l'a soulevée et disséquée en quelque sorte. En d'autres points l'épithélium a cédé devant la poussée sanguine et alors la cavité glandulaire se trouve remplie par l'accumulation des hématies.

La figure 3 donne l'ensemble de l'une des coupes à un faible grossissement : Les glandes (1, 1) sont beaucoup moins nombreuses et moins hypertrophiées que dans le cas précédent ; en revanche le tissu inter-glandulaire (2, 2) acquiert ici un développement inusité. Les vaisseaux capillaires (3, 3) sont dilatés et remplis de sang. En (5), épanchement sanguin.

Résumé des examens de Wyder dans vingt cas d'hystérectomie.

OBSERVATIONS	AGE	TYPE MENSTRUEL	SIÈGE DE LA TUMEUR	ÉPAISSEUR de la paroi entre la tumeur ET LA CAVITÉ utérine	ÉPAISSEUR de la paroi opposée à la TUMEUR	MUQUEUSE ÉPAISSEUR au-dessus de la TUMEUR	MUQUEUSE ÉPAISSEUR sur la FACE OPPOSÉE	MUQUEUSE ETAT DE LA MUQUEUSE au-dessus de la tumeur.	MUQUEUSE ETAT DE LA MUQUEUSE de la paroi opposée.
I. Tumeurs sous-séreuses.									
1	42	Régulier, une fois par mois, sans ménorrhagie.	Fibro - myome sous-séreux de la paroi antérieure.	1,2 cent.	2,5 cent.	2-3 mill.	3-5 mill.	*Endométrite interglandulaire* avec dégénérescence kystique partielle des glandes. — *Endométrite glandulaire partielle peu prononcée.* — Grande abondance de vaisseaux à parois épaisses.	*Endométrite glandulaire totale.—Endométrite interstitielle partielle.* — Petites extravasations sanguines à la surface de la muqueuse.
2	36	Règles durant 8 jours tous les mois jusqu'à ces derniers temps. — La malade entre avec une hémorrhagie qui dure depuis un mois.	Fibro - myomes sous-séreux multiples des deux parois.	1-1/2 cent.		Hypertrophie énorme; on enlève avec la curette tranchante des fragments atteignant la grosseur d'une noix.		*Forte dégénérescence adénomateuse bénigne de la muqueuse qui est hypertrophiée et polypeuse.*— La lumière des glandes est partiellement un peu élargie.—Tissu interglandulaire changé en quelques points en tissu conjonctif jeune. (*Endométrite interstitielle partielle*).— Assez grande abondance de vaisseaux. — Petite extravasation de sang dans les tissus.	
3	43	Règles non profuses.	Myome sous-séreux de la paroi antérieure.	2 cent.	2 cent.	Pour les deux faces, un peu au-dessous de 5 millim.		*Endométrite glandulaire et interstitielle.*— Réseau capillaire fortement injecté. Extravasations sanguines à la surface.	
4	43	Règles autrefois régulières abondantes. — Depuis 4 mois 1/2 ménorrhagies profuses.	Myome sous-séreux de la paroi postérieure partiellement calcifié. *Carcinome du col.*	2 cent.	2 cent.	4 à 5 mill.	4 à 5 mill.	*Endométrite glandulaire et interstitielle.*— Dans la profondeur, vaisseaux à parois épaisses, très nombreux. Dans les couches supérieures, réseau capillaire très fin. Petites extravasations sanguines à la surface.	
II. Tumeurs interstitielles.									
a) N'ayant pas déformé la cavité utérine et séparées de la cavité par une paroi épaisse de 0,5 à 1,5 cent.									
5	43	Depuis 2 ans hémorrhagies irrégulières, tantôt tous les 15 jours, tantôt tous les mois —Règles autrefois régulières de 8 à 10 jours de durée.	Tumeur de la grosseur du poing; myome de la paroi utérine gauche gros comme une pomme.	Paroi gauche 0,5 cent.	Paroi droite 2 cent.	2 à 6 mill.		*Endométrite glandulaire et interstitielle.*— Etat villeux partiel de la muqueuse. Nombreux vaisseaux à parois épaisses. Glandes hypertrophiées dans les couches supérieures de la muqueuse.	

[illegible]	[illegible]	Règles régulières trop fortes.	Myomes interstitiels, l'un dans la paroi antérieure, l'autre dans la paroi postérieure. Grosseur d'une petite pomme ou d'une orange.	0,5 à 1 cent.		6 à 7 mill. aux points lisses et 1,2 cent. aux points polypeux.	*Endométrite interstitielle et glandulaire avec hypertrophie polypeuse.* — Les glandes pénètrent peu dans le parenchyme. Réseau vasculaire fortement injecté.
7	45	Règles autrefois normales; depuis deux ans, méno et métrorrhagies.	Tumeur de la grosseur du poing. Fibro-myome de la paroi postérieure de la grosseur d'une pomme.	1 cent.	1,5 à 2 cent.	0.5 millim.	*Endométrite interglandulaire avec atrophie des glandes.* — Etat rappelant celui de la fin des règles. Abondance extrême de vaisseaux dont les parois sont partiellement épaissies.
8	35	Hémorrhagies menstruelles fortes mais régulières.	Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Nombreux petits myomes sous-séreux. Deux myomes interstitiels plus gros qu'une pomme dans la paroi antérieure et la paroi postérieure.	1 cent. devant	1 cent. 2 derrière	4 millim.	*Endométrite glandulaire.* — Réseau capillaire fin.
9	48	Règles autrefois normales. Depuis un an, métrorrhagies tous les 15 jours à 3 semaines. Actuellement hémorrhagies toutes les 5 semaines.	Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Fibromyomes insterstitiels de la paroi utérine droite et gauche.	1,5 cent.	1,5 cent.	2-3 millim.	*Endométrite interstitielle et glandulaire* avec destruction de la muqueuse.—Vaisseaux nombreux à parois très épaisses surtout dans la profondeur.
10	30	Règles tous les mois pas très fortes.	Tumeur de la grosseur du poing environ. Myome de la grosseur d'une pomme dans la paroi utérine antérieure.	1 à 1,5 cent.		10 millim.	*Endométrite glandulaire.*—Réseau capillaire fortement injecté et très fortement dilaté. Vaisseaux à parois épaisses dans le parenchyme. Petites extravasations sanguines à la surface.
11	35	Règles normales.	Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Myome de la paroi postéro-supérieure.	1,5 à 2 cent.		0,6 à 0,8 millim.	Muqueuse utérine normale comme aussitôt après les règles.

OBSERVATIONS	AGE	TYPE MENSTRUEL	SIÈGE DE LA TUMEUR	ÉPAISSEUR de la paroi entre la tumeur ET LA CAVITÉ utérine	ÉPAISSEUR de la paroi opposée à la TUMEUR	MUQUEUSE			
						ÉPAISSEUR au-dessus de la TUMEUR	ÉPAISSEUR sur la face opposée	ETAT DE LA MUQUEUSE au-dessus de la tumeur	ETAT DE LA MUQUEUSE de la paroi opposée
b) Tumeur non proéminente vers la cavité utérine avec fort amincissement de la paroi au niveau de la cavité.									
12	40	Ménorrhagies profuses.	Fibro-myomes multiples des parois antérieure et antéro-postérieure immédiatement situés sous la muqueuse.	?	?	3 à 4 millim.		*Endométrite interglandulaire.* — Pas d'hypertrophie des glandes.— Métamorphose des couches les plus profondes du tissu interglandulaire en tissu conjonctif. — Quelques glandes partiellement élargies se voient dans les couches superficielles. Dans les couches profondes de la muqueuse quelques vaisseaux les uns à parois épaisses, les autres à parois minces. Réseau capillaire assez abondant dans les couches superficielles.	
c) Tumeur fortement proéminente vers la cavité utérine avec fort amincissement de la paroi du côté de la cavité.									
13	43	Règles autrefois régulières, durant 2 à 3 semaines depuis 1 an 1/2. Hémorhagies entrecoupées par de courts intervalles.	Tumeur grosse comme le poing. Myome de la paroi antérieure et de la paroi postérieure avançant fortement vers la cavité utérine.	1 cent. en avant. 1-2 mill. en arrière.		0,05 à 0,08 mill.	0,06 à 0,4 mill.	*Endométrite interstitielle.* — Transformation complète du tissu interglandulaire en tissu conjonctif. — Les glandes manquent complètement. — On ne voit pas de vaisseaux.	*Endométrite interstitielle* comme pour la paroi postérieure. — Persistance partielle des glandes. — Abondance moyenne de vaisseaux, partiellement élargis, partiellement épaissis.
14	35	Hémorrhagies profuses.	Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Myome intramural de la paroi postérieure.	quelques mill.	1,5 cent.	0,05 à 0,32 mill.	1 à 1,5 mill.	*Endométrite interstitielle.* — Transformation particulière de la muqueuse en une couche mince de tissu scléreux. — Les glandes manquent complètement, en certains points; à d'autres, elles sont élargies. — Ici, absence de vaisseaux, là, richesse assez grande en capillaires.	*Endométrite glandulaire.* — Vaisseaux nombreux à parois épaisses en certains points.

		étrorrhagies is 14 ans.	Tumeur de la grosseur du poing. Myome intra-mural de la paroi postérieure.	0,5 à 0,7 cent.	1 à 2 cent.	jusqu'à 0,5 mill.	2 mill.	*Endométrite interstitielle.* — avec disparition complète des glandes en certains points.	*Endométrite glandulaire.* — Grande abondance de vaisseaux.
16	36	Métrorrhagies depuis 6 ans 1/2.	Tumeur grosse comme une tête d'enfant. Myome interstitiel de la paroi postérieure.	0,5 à 0,7 cent.	2 cent.	1 mill.	1 mill.	*Endométrite interglandulaire* avec disparition partielle des glandes. — Assez grande abondance de vaisseaux.	*Endométrite interglandulaire* en quelques points. — *Endométrite glandulaire polypeuse.* — Abondance assez grande de vaisseaux, particulièrement dans les points polypeux.
17	42	Règles profuses depuis l'âge de 30 ans.	Tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte. Myome de la paroi antérieure.	0,5 cent.	3 cent.	0,006 à 0,1 mill.	1,5 mill.	*Atrophie complète de la muqueuse avec disparition des glandes.* — Pas de vaisseaux.	*Endométrite interstitielle avec conservation des glandes.* — Nombreux vaisseaux à parois épaisses.
18	?	Hémorrhagies abondantes.	Fibro-sarcome de la paroi antérieure avec hypertrophie polypeuse de la cavité utérine.	—	1,5 cent.	—	1,5 mill.	*Endométrite interstitielle avec disparition complète des glandes.* — Capillaires dilatés et rempli de sang à la surface. — Extravasations sanguines.	*Endométrite interstitielle avec conservation des glandes.* — Les glandes existent dans les couches superficielles du parenchyme.
19	43	Depuis 6 mois règles abondantes durant 15 jours.	Tumeur de la grosseur du poing. Myome interstitiel de la paroi antérieure.	0,6 à 0,7 cent.	1,5 cent.	1 mill.	0,5 à 0,8 mill.	*Endométrite interstitielle.*—Transformation du tissu interglandulaire en tissu scléreux. — Atrophie commençante des glandes. — Vaisseaux assez abondants et dilatés.	*Endométrite glandulaire.* — Tissu interglandulaire intact. — Très grande richesse de vaisseaux très dilatés par places.
			III. Tumeur sous-muqueuse.						
20	35	Hémorrhagies très fortes depuis assez longtemps.	Tumeur de la grosseur du poing. — Myome sous-séreux pédiculé à base large. — Myome sous-muqueux.	—	1,5 mill.	1 mill.	1 mill.	*Endométrite interglandulaire.* — Glandes complètement détruites en certains points, ailleurs fortement dilatées. — Réseau capillaire très bien développé.	

La planche II dessinée à la chambre claire permet de se rendre compte des détails de la préparation.

La figure 4 montre une glande (1) vue à un fort grossissement ; en (2) épithélium normal ; en (3) épithélium proliféré et disposé sur plusieurs couches. A la limite de la glande et la séparant du tissu interglandulaire, on voit très nettement (4) la couche de cellules allongées et aplaties dont la conservation, d'après M. Cornil (*a*), suffit à différencier l'endométrite glandulaire des affections malignes de la muqueuse utérine. Au point (5), on voit un épanchement sanguin sous-épithélial, comme dans certaines préparations de Wyder ; (6) est la coupe d'un capillaire ; (7,7) sont les cellules embryonnaires qui infiltrent le tissu interglandulaire.

La figure 5 représente un lambeau d'épithélium noyé dans un lac sanguin avec un capillaire dilaté. (1), Capillaire — (2), tissu embryonnaire — (3), globules blancs — (4), couches de cellules épithéliales plus ou moins transformées — (5), sang — (6), globules blancs à noyaux fragmentés.

La figure 6 montre un capillaire (1) à parois très minces, (2) des cellules conjonctives séparées par un épanchement sanguin (3) au milieu duquel se distinguent quelques cellules embryonnaires (4).

La figure 7 montre un cul-de-sac glandulaire à épithélium transformé (1), cellules périphériques à noyau ; (2) cellules centrales sans noyau) ; baignant dans un lac sanguin (3) globules sanguins.

Analysons maintenant les observations de Wyder en les classant en trois groupes, savoir : *a*) fibromes non hémorrhagiques ; *b*) fibromes qui ne se sont accompagnés d'hémorrhagie que dans les derniers mois qui précédèrent l'opération ; *c*) fibromes hémorrhagiques.

a) ***Fibromes non hémorrhagiques*** (Obs. 1, 3, 6, 8, 10 et 11).

Dans le 11e cas qui ne s'accompagna à aucun moment d'hémorrhagies utérines, la *muqueuse* était *normale* à l'examen histologique ; cela n'a pas lieu de nous surprendre.

(*a*) Cornil, *loc. cit.*

Ce qui est en apparence contradictoire, c'est que dans les cinq autres cas (1, 3, 6, 8, 10), *la muqueuse était très épaissie et il existait une endométrite glandulaire manifeste.*

Dans le 1er cas, il y avait une superbe endométrite glandulaire de l'une des parois et, sur la paroi opposée, une endométrite partielle, avec endométrite interglandulaire ayant produit la transformation kystique de quelques glandes.

Dans le 3e et le 6e cas, il existait une endométrite glandulaire très accentuée et d'un début d'endométrite interstitielle dans les couches profondes ; il y avait même production de polype dans le 6e cas.

Enfin, dans le 8e et le 10e cas, l'endométrite glandulaire existait seule, sans modification du tissu interglandulaire ; la muqueuse était hypertrophiée au point d'atteindre, dans les préparations montées au baume de Canada, 4 millimètres d'épaisseur dans le 8e cas et 10 millimètres dans le 10e.

Ce n'est donc pas comme on le dit souvent sans y réfléchir, l'hypertrophie de la muqueuse et surtout de ses glandes qui donne lieu aux hémorrhagies (Wyder).

b) Fibromes avec hémorrhagies datant des derniers mois avant l'opération (Obs. 2 et 4).

Dans le 2e cas, on avait enlevé à la curette des fragments énormes d'adénome polypeux (endométrite hyperplasique diffuse) ; ceux-ci devaient exister depuis longtemps et cependant ils n'avaient produit des hémorrhagies que dans les derniers mois ; Wyder pense que ce n'est pas l'endométrite glandulaire qui a causé les pertes, mais probablement une ulcération récente de la muqueuse par suite d'une nutrition imparfaite due au développement de la tumeur (?).

Dans le 4e cas, le fibrome était partiellement calcifié au moment de l'opération, l'endométrite glandulaire constatée remontait à une date déjà lointaine ; les hémorrhagies s'expliquent donc uniquement par la coexistence du carcinome du col d'apparition récente lui-même.

c) *Fibromes hémorrhagiques* (Obs. 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

Dans tous ces cas, il existait une *endométrite interglandulaire* notable et parfois très prononcée.

Il est donc légitime de conclure avec Wyder :

Tant que l'endométrite se limite aux glandes, tant que le tissu interglandulaire est intact ou ne participe qu'accessoirement au processus inflammatoire, il n'y a pas d'hémorrhagies.

Si les deux tissus (glandulaire et interglandulaire) et avec eux les vaisseaux s'hypertrophient également (*endométrite fongueuse d'Olshausen*) ou si, avec une hypertrophie glandulaire de l'une des parois il existe une *endométrite interstitielle* prononcée de la paroi opposée, il faut s'attendre à observer des hémorrhagies.

L'hémorrhagie ne se montre, dans les endométrites glandulaires que dans le cas où l'hypertrophie des glandes est tellement prononcée qu'il y a compression du tissu interglandulaire et des vaisseaux qui le parcourent. Léopold (1) a montré que la muqueuse utérine, riche en artères à parois épaisses, est relativement pauvre en veines. A compression égale des deux ordres de vaisseaux, il se fait une hyperhémie capillaire et veineuse, les artères étant moins compressibles que les veines.

Dans l'endométrite interglandulaire qui aboutit à la sclérose, il y a également compression des vaisseaux de même que des glandes, et les hémorrhagies se font par le même mécanisme. Quelques préparations prouvent l'exactitude de cette théorie en montrant, à côté d'artères très épaisses, une dilatation marquée des capillaires.

Lorsque les vaisseaux ont été atrophiés sur la paroi utérine qui touche à la tumeur, l'hémorrhagie est causée par l'hyperhémie et la stase collatérale produites sur la muqueuse de la paroi opposée. Néanmoins, le sang peut provenir aussi de la muqueuse qui recouvre la tumeur, quand même elle ne dépasse pas 0,05 de

(1) Léopold, *Dieses Archiv.*, Bd. XI.

millimètre (comme dans l'observation 14) s'il reste encore un assez grand nombre de vaisseaux à ce niveau.

Telles sont les conclusions très intéressantes auxquelles est arrivé Wyder et qui ont du reste été confirmées par les recherches plus récentes. Il en résulte, d'après lui, qu'il y a lieu de recourir au curettage de la cavité utérine pour arrêter les hémorrhagies des tumeurs fibreuses et que cette conduite est plus logique que de recourir d'emblée à la myomotomie.

N.-B. — *Pour la facilité de l'impression, les tableaux donnant le résumé des examens de Wyder, dans vingt cas d'hystérectomie, ont été placés avant la description de la planche II. — Il faut donc lire la première partie de la page* 458, *jusqu'à ces mots : Analysons maintenant, etc., avant de lire les pages* 454, 455, 456 *et* 457.

(*Note de la rédaction*).

PLANCHE I.

Fig. 1.— Coupe de la muqueuse utérine dans un cas de fibromes multiples. — Faible grossissement.

1, Tissu interglandulaire infiltré de cellules embryonnaires.
2, 2, Glandes déformées et dilatées.
3, Lymphatique dilaté.

Fig. 2. — Coupe d'une glande vue à un fort grossissement.

1, Tissu conjonctif péri-glandulaire.
2, Couche profonde de cellules cylindriques tapissant la cavité glandulaire.
3, Couche superficielle de cellules épithéliales plus arrondies.
4, Globule blanc à noyaux multiples.

Fig. 3. — Coupe de la muqueuse utérine dans un second cas de fibrome. — Faible grossissement.

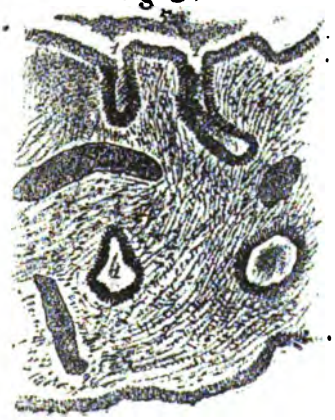
1, Glandes.
2, Tissu interglandulaire.
3, Capillaires dilatés remplis de sang.

PL. I.

Fig. 1.

Fig. 2

Fig. 3.



ENDOMÉTRITE ET TUMEURS FIBREUSES.

PLANCHE II.

Fig. 4. — Une des glandes de la préparation précédente vue à un fort grossissement.

1, Cul-de-sac glandulaire.
2, Épithélium normal de la glande.
3, Épithélium proliféré.
4, Couche de cellules aplaties péri-glandulaires.
5, Épanchement sanguin.
6, Coupe d'un capillaire.
7, Cellules embryonnaires infiltrant le tissu interglandulaire.

Fig. 5. — Lambeau d'épithélium noyé dans un lac sanguin, avec un capillaire dilaté.

1, Capillaire.
2, Tissu embryonnaire.
3, Globules blancs.
4, Cellules épithéliales.
5, Sang.
6, Globules blancs.

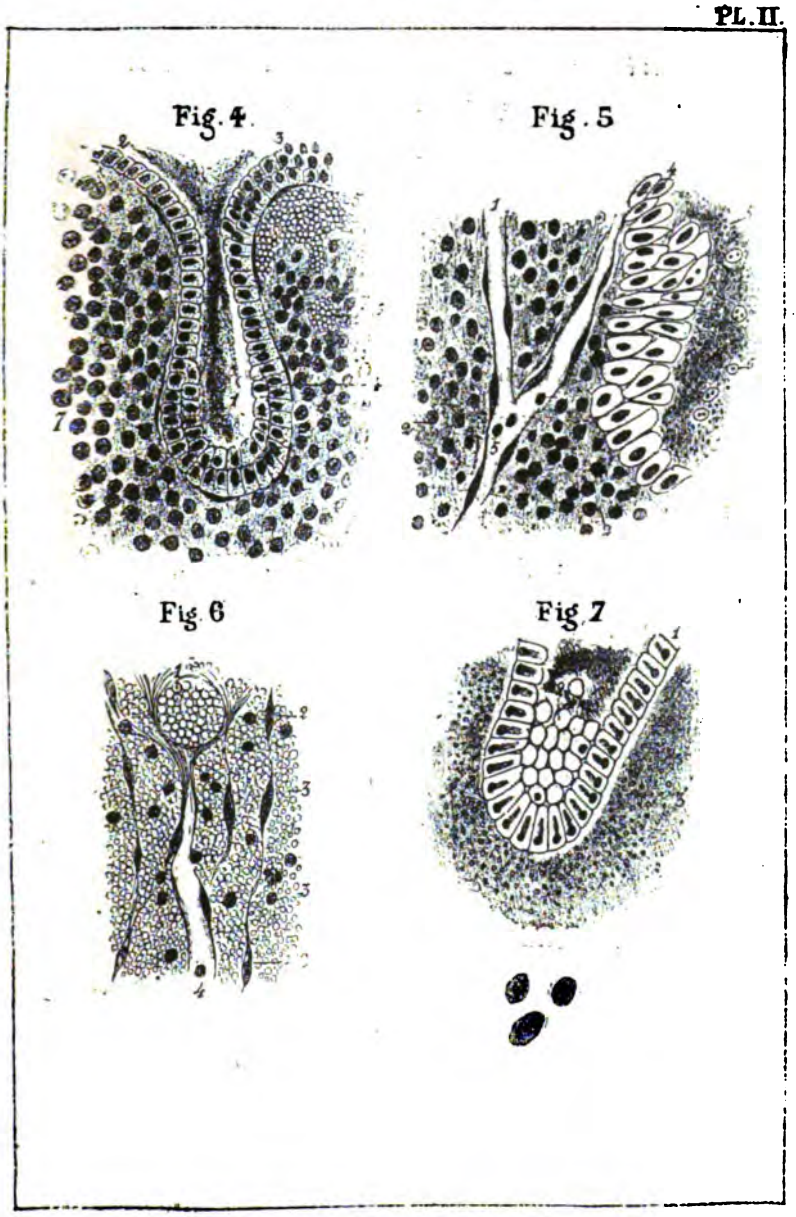
Fig. 6. — Capillaire à parois très minces noyé dans un lac sanguin

1, Capillaire.
2, Cellules conjonctives.
3, Épanchement sanguin.
4, Cellules embryonnaires.

Fig. 7. — Cul-de-sac glandulaire baignant dans un lac sanguin.

1, Cellules périphériques à noyau.
2, Cellules centrales sans noyau.
3, Globules sanguins.

PL. II.



ENDOMÉTRITE ET TUMEURS FIBREUSES.

DU CURETTAGE COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT

Dans les affections péri-utérines

Par le Dr Manuel Cuellar, de Sucre (Bolivie).

(*Suite*).

—

Observation X (Résumée).

Endométrite. — Salpingite catarrhale gauche. — Curettage. — Guérison. (Riskallah, th. Paris, 1889).

La nommée X... réglée à 14 ans. Menstruation toujours régulière. A 19 ans leucorrhée qui n'a pas cessé ; ni douleurs, ni métrorrhagie.

La malade est partie au Vésinet le 12 avril ; les douleurs avaient entièrement disparu. Elle n'a pas été revue depuis.

Cette observation a encore une grande valeur, car le diagnostic de salpingite est fait avec le plus grand soin sous le chloroforme, et il est vérifié dans la laparotomie qui suit le curettage.

Saintu fournit dans sa thèse deux autres observations du service de M. Terrier. Dans l'une il y a une diminution mais diminution seulement du volume de la salpingite (Obs. VII). Dans l'autre, la métrite est notablement amendée, la salpingite existe avec les mêmes caractères qu'auparavant.

c) Salpingites kystiques. — Pour ce qui est des salpingites kystiques, hydro-hémato-pyo-salpinx, examinons encore les faits. Nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le Dr Chéron, une observation d'hydrosalpinx.

Observation XV (Inédite).

Endométrite cervico-utérine. — Hydrosalpingite. — Curettage. — Guérison (Communiquée par M. Chéron, *médecin de Saint-Lazare*, recueillie par MM. Batuaud et Fauquez, internes du service).

La nommée B. Gabrielle, âgée de 24 ans, entre le 21 décembre 1889 dans le service de M. Chéron à Saint-Lazare.

Réglée à 16 ans toujours irrégulièrement, tantôt avec des avances, tantôt avec des retards de 8 à 15 jours.

Les règles sont abondantes et durent de 8 à 10 jours.

Entre les époques, pertes blanches et abondantes.

1er accouchement facile à terme, il y a 1 an. L'enfant est mort-né. Il y avait de l'hydramnios.

Depuis cet accouchement, douleurs violentes dans les reins et dans le bas-ventre à peu près continuellement.

En outre de ces douleurs continues il y a des crises de douleurs revenant tous les 15 jours environ, durant de 1 à 3 heures suivant les accès, et se terminant par un flux abondant d'eau claire (hydrorrhée).

Utérus mobile augmenté de volume, en position normale ; le fond de l'organe est douloureux à la pression, le col est déchiré transversalement et il existe deux ectropions volumineux. Hystérométrie, 9 cent. Douleur à la pression des angles utéro-tubaires ; un peu de sang après l'hystérométrie.

Cul-de-sac postérieur et cul-de-sac droit, très dépressibles. Rien d'appréciable dans les annexes du côté droit, mais à gauche, on trouve une masse résistante, haut placée, partant de la corne gauche de l'utérus et du volume d'une petite pomme.

Diagnostic. — Endométrite cervico-utérine, double ectropion, sub-involution et hydrosalpinx à gauche.

Scarifications du col. Résorcine dans la cavité utérine, pansements glycérinés.

L'état de la malade s'améliore un peu ; elle marche plus facilement et a moins de douleurs dans le ventre.

Le 21 janvier, crise de douleurs suivie d'un flux abondant d'eau claire. Le lendemain, on constate que la trompe gauche a notablement diminué de volume ; elle est cependant encore grosse comme une noix. Même traitement.

Le 23 janvier, M. Chéron examine de nouveau la malade et trouve la trompe gauche, revenue à peu près à son volume primitif ; elle semble actuellement grosse comme une mandarine. Il pratique le curettage, après dilatation extemporanée, et injecte

de la solution normale de perchlorure de fer dans la cavité après le curettage.

Pansement iodoformé.

Suites de l'opération excellentes. Les règles ont réapparu six semaines après l'opération et ont duré 4 jours, les douleurs ont disparu, il ne s'est pas reproduit d'accès de colique salpingienne suivie d'hydrorrhée et la trompe gauche ne s'est pas remplie de nouveau. La malade revue tout dernièrement (juillet 1890) la guérison de la salpingite s'est maintenue.

Nous trouvons dans cette observation une grande précision dans le diagnostic et nous sommes aussi très bien renseignés sur les suites opératoires, l'opération ayant eu lieu le 23 janvier et la malade ayant été revue en juillet, et trouvée après examen en parfaite santé.

d) Hématosalpinx. — Nous ne ferons pas un chapitre spécial de l'hématosalpinx, nous savons qu'il est destiné, soit à se résorber en devenant hydrosalpinx, soit à se transformer en pyosalpinx ; du reste nous ne connaissons pas de faits où le curettage ait été tenté en cas d'hématosalpinx.

e) Pyosalpinx. — Pour le pyosalpinx, la question a été étudiée mais l'intervention a été surtout prétendue utile beaucoup plus par la dilatation qui la précède, que par le curettage qui la suit, suivant la méthode de M. Doléris. Cette méthode employée aussi et préconisée par Walton a fourni entre ses mains des résultats heureux.

Observation XVI (Résumée).

Métro-pelvi-péritonite aiguë et pyosalpingite puerpérale. — Dilatation et raclage de la matrice. — Evacuation du pus par le canal utérin. (Walton, *loc. cit.*).

Femme Vaude S..., 30 ans, mariée depuis 1 an, 1er accouchement il y a six semaines, laborieux et terminé par le forceps. Depuis sa délivrance elle a gardé le lit : son médecin a fait des visites de plus en plus éloignées et finalement l'a abandonnée.

A la première visite du docteur Walton : T = 40,2, pouls pe

rapide, fuyant, yeux brillants, regard incertain, transpiration visqueuse, tremblement continuel, soubresauts des tendons, langue sèche, soif ardente, les vomissements rendent toute alimentation impossible, diarrhée colliquative ; réponses vagues, obnubilation, rêvasseries, subdélire, tranquille pendant l'état de veille. Depuis son accouchement, pertes tantôt de sang pur, tantôt de matières blanc-jaunâtres, muco-purulentes, souvent mélangées de sang. A l'examen de l'abdomen on trouve celui-ci légèrement tympanisé, douloureux à la pression laquelle permet de reconnaître dans l'excavation pelvienne un empâtement manifeste occupant presque tout le petit bassin. Utérus abaissé, immobilisé par la tuméfaction des tissus voisins para et périmétritiques, principalement dans les culs-de-sac latéraux et postérieur. Orifice externe laisse pénétrer extrémité de l'index jusqu'à l'orifice interne qui est en partie fermé. Doigt explorateur ressort maculé de sanie et de muco-pus. Examen peu douloureux.

Diagnostic. — Septicémie puerpérale, et pour préciser métro-pelvi-péritonite puerpérale avec septicémie.

La situation paraît si grave que M. Walton demande le concours de M. de Saint-Moulin, chef de service à la Maternité de Bruxelles, lequel considère aussi le cas comme presque désespéré. Le petit bassin paraissait rempli de pus.

Il y avait vraisemblablement endométrite puerpérale et rétention de débris de cotylédons ou de petits îlots de placenta.

Dans le but de supprimer ce foyer d'infection et cette cause d'hémorrhagie, M. Walton propose la dilatation et le raclage de la cavité utérine, suivies d'injections intra-utérines phéniquées fréquemment répétées. Quant aux abcès qui manifestement se formaient dans le petit bassin, il décida d'attendre leur ouverture spontanée par le vagin ou par le rectum, en admettant que la femme se soutint assez longtemps. Quant à toute autre intervention plus active en vue des abcès, il n'y avait guère que la laparotomie, pratiquée avec tant de succès par Lawson Tait. Mais l'état de la malade paraissait tellement avancé qu'elle n'eût très probablement pas pu résister à pareille opération.

L'opération fut faite le même jour avec l'aide de MM. les Drs

Saint-Moulin et Hinssen. La femme, placée sur la table et maintenue par des aides, ne fut pas chloroformée, parce que son état de débilité était trop grand et que l'opération pratiquée peu de temps après un accouchement, sur des tissus ramollis, n'est guère douloureuse.

La dilatation forcée, le raclage de la cavité utérine, l'injection intra-utérine d'eau chaude phéniquée, l'injection intra-utérine de teinture d'iode, l'application de tampons vaginaux, d'ouate iodoformée trempée dans la glycérine, en un mot, les divers temps de l'opération et du pansement furent rapidement exécutés sans que la femme manifestât la moindre douleur. Au contraire, à peine transportée au lit et bien couverte, elle prétendit éprouver une sensation de bien-être telle qu'elle n'en avait pas ressenti depuis longtemps.

Le soir on constatait une véritable détente, le pouls s'était relevé, la température était tombée à 39° ; il y avait encore un peu de nausées, mais pas de vomissements, la diarrhée également avait disparu. Les idées étaient plus lucides, la patiente pouvant étancher sa soif à l'aide de morceaux de glace et de l'eau glacée, sans être plus inquiétée par ces terribles vomissements.

Le lendemain de l'opération (4 juillet), la température, matin et soir, reste descendue à 37°. Pareil résultat était des plus satisfaisants et devait nous encourager à persister. Aussi on fit régulièrement tous les jours deux irrigations intra-utérines d'eau phéniquée avec le pansement habituel, frictions d'onguent mercuriel sur le ventre.

Le 5 juillet la température monte. Matin 38°3, soir 39°5. Cependant la diarrhée a tout à fait cessé.

Le 6 juillet, température matin 38°3, soir 40°.

Malgré cela, l'état général continue à s'améliorer. La langue se dégage. L'appétit se dessine, la malade prend du bouillon et du lait.

Pendant plusieurs jours, cet état relativement satisfaisant se maintient, la température restant en plateau, le matin à 38-39, le soir 39°40. Cette température, relativement élevée, s'explique par les collections purulentes qui se forment dans les abcès pelviens

et qui semblent affecter une marche franchement inflammatoire.

Cet état persiste jusqu'au 20 juillet. Jusqu'alors nous avions journellement irrigué la cavité utérine, la maintenant ainsi aseptique et dilatée.

Ce jour-là, en renouvelant le pansement, on constate la présence de pus abondant dans le vagin. En déblayant le canal vaginal pour rechercher l'ouverture de l'abcès, nous fûmes tout surpris de constater que l'*évacuation du pus se faisait par le canal utérin*. Dès le lendemain la température était tombée à 37° et ne dépassa guère ce chiffre. Le pus continua de couler pendant 15 jours ; l'amélioration générale suivit une marche progressive et bientôt la femme entra franchement en convalescence.

Aujourd'hui cette femme, après un séjour à la campagne, est de nouveau florissante de santé.

Cette observation plaide en faveur du curettage employé dans ces circonstances. Toutefois nous devons reconnaître que l'état général très grave de la malade n'est pas quelquefois une contre-indication absolue à la laparotomie, comme nous avons pu le constater dans divers services chirurgicaux de Paris, que nous fréquentions. Car, bien que M. Valton ne donne que d'excellentes nouvelles de sa malade un certain temps après l'opération, il serait bon de savoir si plus tard cette femme ne devra pas subir une laparotomie pour de nouvelles poussées : en tous cas il se dégage de cette observation un fait incontestable, c'est que le curettage dans ce cas a eu tout au moins un effet palliatif vraiment remarquable.

Observation XVII (Résumée).

Pyosalpinx double. — Evacuation du pus par la matrice après dilatation et curage de cet organe. (Walton, *loc. cit*).

Annette S... âgée de 25 ans, réglée à 12 ans, facilement et sans douleurs ; ses règles revenaient assez régulièrement toutes les trois semaines et duraient huit jours. Mariée très jeune, avant 19 ans, fut promptement enceinte et eut successivement cinq

accouchements à terme, le dernier eut lieu en octobre 1886. A partir de cet accouchement elle eut des pertes blanches très abondantes ; malgré cela elle devient de nouveau enceinte, mais fait une fausse couche. Depuis lors son état s'aggrava considérablement, il se produisit de fréquentes ménorrhagies, des douleurs abdominales presque constantes, relations sexuelles douloureuses, perte d'appétit, fièvre.

Elle consulte M. Walton en juin 1887. Outre les symptômes déjà énumérés, elle se plaint encore de douleurs dans la fosse iliaque gauche, d'agacement nerveux, de migraines. La respiration a toujours été plus ou moins gênée, ce qui est dû au mauvais état des poumons ; il y a souffle anémique, palpitations, fièvre avec température variant de 38 à 39°, etc.

En pressant sur la fosse iliaque gauche, on détermine une douleur assez vive, mais on ne parvient pas, par le palper abdominal, à sentir une tuméfaction quelconque.

La vulve est un peu béante mais il n'y a pas de déchirure du périnée. Au toucher on trouve le museau de tanche ouvert et le col complètement immobilisé par des adhérences. Dans le cul-de-sac postérieur, on rencontre une tumeur *excessivement douloureuse au toucher*, du volume d'une noix, s'étendant derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, se prolongeant à gauche et se perdant dans le ligament large ; cette tumeur est difficile à limiter exactement. Par le toucher bi-manuel on ne parvient pas à sentir cette tuméfaction à travers les parois du ventre, ce qui tient sans doute, à un certain état de rigidité des parois de l'abdomen et à une contraction réflexe des muscles abdominaux.

Le col étant mis à nu à l'aide du spéculum, on constate, outre sa béance, un écoulement leucorrhéique et des ulcérations des lèvres. En pratiquant le cathétérisme on trouve la matrice en latéro-version droite. L'hystéromètre accuse une cavité utérine de 8 centimètres.

Je pose le *diagnostic* de salpingite, me basant sur la ménorrhagie, la douleur au coït et la présence d'une tumeur inflammatoire péri-utérine. La fièvre et les frissons répétés indiquent que le contenu de la trompe gauche est en voie de transforma-

tion purulente, et que nous aurons probablement affaire à un kyste tubaire purulent, en d'autres termes à une pyosalpingite.

Des succès antérieurs m'ayant démontré la possibilité de faire suivre, au liquide renfermé dans la trompe, la filière utérine, je propose la dilatation forcée de la matrice, le *curage*, etc. Cette opération est d'ailleurs parfaitement indiquée par la présence de l'endométrite, point de départ probable du processus inflammatoire.

Opération le 20 juin 1887. La température avant l'opération était de 38° 6. Après l'opération elle tombait à 37° 6.

Le lendemain on constate une amélioration générale, la douleur iliaque a considérablement diminué et, chose remarquable, la tumeur rétro-utérine n'est plus douloureuse au toucher.

Pendant les dix premiers jours, la température du matin reste constamment au-dessous de 38°.

Dès le 23, l'état général et local paraît excellent ; cet état satisfaisant continue jusqu'au 25. La malade commence à éprouver alors un peu de malaise ; elle se plaint de nouveau dans la fosse iliaque gauche ; cette douleur augmente les jours suivants et devient lancinante.

Le 29, en pratiquant le toucher, on constate que la tumeur rétro-utérine a beaucoup diminué et reste toujours presque indolente ; col mobile, on s'aperçoit en même temps que le corps de l'utérus se redresse ; ce redressement s'accentue les jours suivants.

2 juillet. — Frissons, forte fièvre surtout le soir.

5 juillet. — Depuis quelques jours, la malade souffre dans la fosse iliaque *droite*. En pratiquant le toucher on constate dans le périmétrium, à droite de l'utérus presque redressé, une tumeur assez mobile, rénittente, ovoïde, du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur est située beaucoup plus haut que celle de gauche, aussi la sent-on parfaitement à travers les parois du ventre. Dès lors on a l'explication du redressement de l'utérus. Il s'est formé à droite une salpingite, dont le kyste refoule l'utérus à gauche et tend à le redresser.

6 juillet. — Ouverture de l'abcès dont le pus s'écoule *par l'orifice utérin quinze jours après l'opération*, etc.

A partir du 10 se déclarèrent des nouveaux frissons et des accès de fièvre rémittente mais beaucoup moins intenses que les précédents ; j'en conclus que le kyste de droite s'ouvrirait prochainement. Pour le reste l'état général est bien meilleur.

15 juillet. — L'abcès de droite paraît s'être ouvert, le pus a brusquement augmenté en quantité et est devenu plus épais et mieux lié ; au toucher vaginal combiné au palper abdominal, la tumeur péri-utérine droite semble avoir diminué de volume et de consistance.

Nous trouvons dans cette observation la justification des critiques que nous faisions à l'observation précédente, le curettage a eu un effet palliatif, mais il n'a pu mettre à l'abri de nouvelles poussées, et la femme qui fait le sujet de cette observation finit par présenter l'histoire des abcès pelviens, que l'on abandonnait autrefois à eux-mêmes.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *juillet* 1891.

Hypertrophie mammaire.

M. L. Labbé présente les pièces d'une jeune fille de 14 ans, bien conformée, réglée vers l'âge de 12 ans, et chez laquelle les seins un peu volumineux ont subi, il y a huit mois, une poussée d'hypertrophie considérable. Au commencement de juin, il y a eu une nouvelle poussée plus considérable encore. Les seins étaient tellement volumineux qu'ils étaient la cause d'une grande gêne. Circonférence maxima des seins, 0m,69. Plusieurs chirurgiens français et étrangers ont conseillé l'ablation, qui a été pra-

tiquée. Le sein gauche pèse 3,500 gr.; le droit, 3,900. Il s'agit d'hypertrophie fibreuse.

Ce qu'il y a de tout à fait remarquable dans le cas actuel, c'est que l'hypertrophie s'est faite en deux poussées très actives. La glande a été complètement enlevée, il n'y a donc pas récidive possible.

La menstruation était déjà établie, elle s'est arrêtée au moment de l'une des poussées pour reprendre récemment.

(*La France méd.*)

Séance du 4 *août* 1891.

DU TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE PAR LE CRAYON DE SULFATE DE CUIVRE.

M. DUMONTPALLIER. — On introduit et on laisse à demeure dans la matrice un crayon composé d'une partie de sulfate de cuivre pour une partie de farine de seigle. La longueur du crayon à introduire dans la matrice est égale à la longueur du canal cervico-utérin. Un crayon de 7 centimètres 1/2 pèse 1 gramme, il renferme donc 0,50 centigrammes de sulfate de cuivre. Cette dose de médicament actif est suffisante pour déterminer une cautérisation superficielle de la muqueuse et par son maintien dans la cavité utérine pendant plusieurs heures, le sulfate de cuivre pénètre dans les culs-de-sac glandulaires dont il détruit les éléments septiques. En effet, aussitôt que le crayon est introduit, il est ramolli par les liquides intra-utérins; l'utérus, en se contractant sur le corps étranger, étale la substance ramollie sur toute la surface intra-utérine et fait pénétrer partie du sulfate de cuivre dans les culs-de-sac glandulaires. Le crayon maintenu dans la matrice a donc une double action, il est cathérétique de la muqueuse et modificateur des glandes utérines.

Avec le sulfate de cuivre la douleur, lorsqu'elle existe, est négligeable; rarement, trois à quatre fois sur cent, l'application du crayon de sulfate de cuivre peut déterminer de la périmétrite passagère, sans gravité; dans aucun cas je n'ai observé d'atrésie ni de sténose du canal cervico-utérin. Grand nombre de malades revues à l'hôpital ou à leur domicile n'avaient point eu de rechute après plusieurs mois et chez toutes les règles étaient normales.

Si l'on remarque que l'emploi d'un seul crayon a été suffisant

pour obtenir une guérison durable chez soixante sur cent et que dans ces cas la moyenne de durée du traitement a été de dix jours, ne sommes-nous pas autorisé à conclure que le traitement de l'endométrite chronique par le sulfate de cuivre offre de grands avantages qui peuvent être ainsi résumés : facilité d'application, absence de toute complication grave immédiate ou éloignée, courte durée du traitement et persistance de la guérison.

La conclusion pratique qui découle de cette communication est donc : commencer le traitement de l'endométrite chronique avec le sulfate de cuivre, qui n'offre aucun inconvénient, et réserver le chlorure de zinc pour les cas rebelles.

Séance du 4 août 1891.

PROPHYLAXIE DE L'OPHTHALMIE DES NOUVEAUX-NÉS

M. VALUDE : L'introduction en obstétrique de la méthode de Crédé, c'est-à-dire l'instillation, au moment de la naissance, dans les yeux de l'enfant nouveau-né d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 a fait tomber considérablement la proportion des ophthalmies.

Toutefois, l'application de cette méthode n'est pas toujours parfaitement réalisable, parce que la solution de nitrate d'argent, même conservée dans les meilleures conditions, s'altère et devient inactive et, d'autre part, les sages-femmes n'ont pas qualité pour prescrire une solution d'un sel aussi caustique ; or, c'est chez les sages-femmes des grandes villes que se produit la majeure partie des ophthalmies des nouveau-nés qui aboutissent aux pires conséquences.

Il serait donc intéressant de vulgariser l'emploi d'une méthode facile à mettre en pratique, innocente dans ses conséquences immédiates et en même temps sûre.

La poudre d'iodoforme insufflée au moment de la naissance dans les yeux des nouveau-nés semble répondre à ces désidérata, sans présenter quelques inconvénients du nitrate d'argent.

La poudre d'iodoforme en effet peut se conserver longtemps sans altération ; elle ne peut être confondue avec aucune autre substance et l'usage peut en être permis aux sages-femmes. L'insufflation de la poudre d'iodoforme est aussi facile que l'instillation

d'une solution de nitrate d'argent et l'on ne constate pas, après l'iodoforme, la petite réaction conjonctivale qui marque l'usage du nitrate d'argent ou du simple jus de citron employé avec succès par M. Pinard.

En raison de ces quelques avantages de commodité, il y aurait donc un motif d'adopter le mode de désinfection des yeux des nouveau-nés par la poudre, s'il était démontré que par ce moyen la prophylaxie de l'ophthalmie est aussi bien assurée que par le nitrate d'argent.

Or les statistiques recueillies dans le service de M. le professeur Tarnier et du docteur Bar, portant un sur chiffre de plus de 500 enfants m'ont montré que, toutes choses égales d'ailleurs, désinfection maternelle et hygiène nosocomiale, la proportion des ophthalmies était deux fois moindre avec insufflation de l'iodoforme qu'avec l'application de la méthode de Crédé.

La poudre d'iodoforme finement porphyrisée se loge dans les culs-de-sac conjonctivaux, s'y maintient pendant plusieurs jours, en assurant l'asepsie du champ oculaire. La désinfection de l'œil est ainsi assurée, sans qu'on ait rien à redouter du côté de la cornée que l'iodoforme ne peut attaquer. De plus, il semble que les ophthalmies qui se déclarent malgré cette prophylaxie aient perdu une partie de leur virulence, la cornée est rarement attaquée et surtout rarement compromise après la désinfection par la poudre d'iodoforme.

La nouvelle méthode peut se formuler ainsi : Aussitôt après la naissance, pendant le court instant d'arrêt qui précède la section du cordon, on essuiera les yeux du nouveau-né avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'un liquide antiseptique quelconque, et on insufflera entre les paupières entr'ouvertes une petite quantité de poudre d'iodoforme finement pulvérisé.

Cette insufflation ne sera pas répétée. (*Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juillet 1891.

—

M. Monod rapporte une observation que lui a envoyée M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). Le sujet est une jeune femme

qui, depuis quelques années, présentait de fréquentes ménorrhagies. Pendant les premiers mois de sa grossesse, en 1889, elle eut des douleurs intermittentes dans les flancs, douleurs qui devinrent plus vives au bout de cinq mois et demi ; le toucher vaginal fit alors reconnaître un commencement de travail ; on fit la version sans difficulté ; mais on reconnut, pendant la manœuvre obstétricale, la présence, au fond de l'utérus, d'une tumeur volumineuse, dure et lisse, au niveau de laquelle s'implantait le placenta.

La délivrance eut lieu sans hémorrhagie. L'utérus resta volumineux, mais les suites furent normales pendant huit jours. Alors apparurent des douleurs, de la fièvre et des lochies odorantes. On chloroformisa la malade et, après avoir dilaté le col, on fit l'ablation du fibrome par morceaux à l'aide d'une pince ; puis on fit l'antisepsie et un tamponnement iodoformé.

Les suites furent des plus satisfaisantes, la menstruation redevint régulière et, en 1890, apparut une nouvelle grossesse suivie d'un accouchement normal.

(*L'Union méd.*)

Séance du 29 juillet 1891.

INFLUENCE CURATIVE DE CERTAINES LAPAROTOMIES EXPLORATRICES DANS LES CAS D'ADHÉRENCES PELVIENNES.

M. Richelot. — Sans parler des *opérations simulées*, il y a des cas où une laparotomie simple guérit des lésions matérielles anciennes. Le fait est certain pour la tuberculose péritonéale ; mais il y a une autre affection pelvienne qui peut bénéficier aussi de la simple incision de la paroi abdominale : ce sont les adhérences inflammatoires qu'on trouve souvent autour des trompes et des ovaires. Dans les cas où l'extirpation des annexes est impossible, on obtient parfois ainsi des résultats merveilleux, M. Richelot cite, pour le démontrer, des observations très curieuses. Dans un cas ayant trait à une femme cachectisée, albuminurique, ayant l'utérus immobile, enclavé par des fausses membranes très dures, une simple incision de 3 cent., sans autre manœuvre, a amené une guérison absolue : disparition de l'albumine, cessation des douleurs, disparition des adhérences, cessation de la fièvre, etc. Ce fait est absolument paradoxal. Dans un autre

cas : rétroflexion très douloureuse, adhérences impossibles à rompre, même résultat par l'incision. Chez une femme de 35 ans, ayant des crises douloureuses intenses, des adhérences pelviennes, on décortique un cylindre membraneux au cours de la laparotomie, croyant avoir affaire à une trompe. C'était la fin de l'intestin grêle. Cette anse, absolument dénudée, est réintégrée dans l'abdomen ; aucune gangrène, aucun accident et cessation des douleurs. Ces faits, jusqu'ici, restent inexplicables.

M. Pozzi. — L'ouverture de l'abdomen produit une sorte de révulsion sur les lésions anciennes des ligaments larges, absolument comme une incision antiseptique amène une amélioration dans des foyers d'inflammation ancienne. Les faits signalés par M. Richelot doivent rendre les chirurgiens laparotomistes plus hardis, puisque la laparotomie, loin de faire du mal quand elle n'est qu'exploratrice, peut devenir curative. — D'ailleurs, l'incision, dans les cas d'ascite néoplasique (cancer du péritoine, sarcome, papillome des ovaires), donne aussi des résultats très nets. Cette amélioration paradoxale prouve qu'il faut partout et toujours substituer désormais l'incision à la ponction. M. Pozzi cite, à ce propos, deux laparotomisées chez lesquelles l'ascite n'est réapparue que fort tardivement.

M. Reclus. — Dans deux cas de fibromes utérins qu'on voulait traiter par la castration et où cette opération fut impossible, on fit simplement l'ablation de petites tumeurs fibreuses pédiculées, laissant en place de gros fibromes. Ces deux malades sont guéries à l'heure qu'il est (7 mois et 9 mois depuis l'incision de l'abdomen).

M. Monod, pour expliquer ces guérisons paradoxales, propose une explication. Dans ces cas les douleurs seraient dues à des adhérences épiploïques. Grâce à l'incision, on détruirait ces adhérences et le malade ne souffrirait plus. Le fait suivant plaide en faveur de cette hypothèse : Une femme subit la castration pour un fibrome hémorrhagique ; mais bientôt les douleurs redeviennent intolérables. M. Périer diagnostique des adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale et conseille la laparotomie à nouveau. Le ventre ouvert, on trouve, en effet, ces adhérences ; on les détruit et la malade guérit.

M. Routier cite un fait de M. Terrillon ayant trait à une laparotomie pour sarcome ; 5 ans après, la tumeur avait disparu.

Dans les péritonites cancéreuses, l'évacuation de l'ascite donne de bons résultats et une guérison au moins temporaire.

M. Terrier croit qu'il faut distinguer les effets de la simple laparotomie, suivant que l'on a affaire à des *lésions inflammatoires*, à des *tumeurs malignes* (cancer de l'intestin, de l'ovaire, etc., inopérables), à des *fibromes utérins*, etc. Evidemment, l'évacuation de l'ascite met le péritoine dans des conditions nouvelles ; rien d'étonnant dès lors à ce que la tumeur, cause de l'ascite, ne s'en ressente elle aussi. Il cite un fait de M. Nicaise ayant trait à une tumeur végétante de la cavité abdominale. Laparotomisée il y a 13 ans, cette femme, après des alternatives d'apparition et de disparition de son ascite à la suite de ponctions, est aujourd'hui encore, sinon absolument guérie, du moins en très bon état.

M. Marchand, deux fois, a fait des laparotomies pour des lésions inflammatoires anciennes péri-utérines ; il trouva du tissu lardacé, dur, ne put rien enlever et décolla légèrement l'utérus, etc. Les douleurs cessèrent ; l'utérus redevint mobile et les indurations disparurent.

M. Tillaux pense que les douleurs sont dues à des adhérences intra-abdominales. Il a publié jadis un cas analogue à ceux de M. Marchand dans la thèse de M. Montprofit.

M. Richelot. — Dans les cancers abdominaux, la laparotomie ne donne que des résultats précaires ; il y a cessation des troubles d'origine mécanique, soulagement réel temporaire, mais aucune amélioration durable. Dans les cas d'adhérences pelviennes, au contraire, les résultats sont bien plus nets et persistants. M. Richelot ne croit pas que la cessation des douleurs est due à la simple destruction des adhérences. Dans certains cas, il n'a détruit aucune adhérence et les malades ont cependant guéri. — L'incision est bien supérieure à la ponction, qui est aveugle et n'est jamais curative. Pour lui, la guérison est due à ce que l'incision amène un changement dans la nutrition des organes.

M. Pozzi fait une communication sur la *résection des ovaires et la salpingorrhaphie*. Quand les ovaires ne sont malades que partiellement, comme dans certains cas de kystes dermoïdes (Schrœder), de dégénérescence scléro-kystique, etc., on peut se contenter de réséquer la partie atteinte en conservant ce qui est sain. Cette opération, faite depuis quelque temps à l'étranger, a

été exécutée deux fois déjà par M. Pozzi dans des cas d'ovaires micro-kystiques. On enlève la partie malade comme la tranche d'un fruit, puis on suture les deux valves de l'ovaire qui restent à l'aide d'une suture au catgut, en ayant soin de bien affronter les parties avivées. Dans un cas, M. Pozzi a en outre fixé le pavillon de la trompe sur l'ovaire pour rendre plus facile la fécondation (salpingorrhaphie). — Ces interventions conservatrices ne sont admissibles que si la trompe est perméable. La *salpingostomie*, c'est-à-dire la création d'un orifice artificiel sur une trompe oblitérée, ne serait qu'un leurre. Reste à savoir si la fécondation se produit après ces interventions.

(*Le Progrès méd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *Juillet* 1891.

—

LA VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES.

M. Comby. — La vulvo-vaginite des petites filles est très répandue dans les classes pauvres, elle peut prêter à des erreurs judiciaires regrettables, il est très important d'être fixé sur sa nature et son origine.

J'ai observé, dans ces dernières années, plus de 150 cas de vulvite et vulvo-vaginite chez les petites filles. Je relève 20 cas de 13 mois à 2 ans, 48 cas de 2 à 5 ans, 36 de 5 à 10 ans, 46 de 10 à 18 ans. Les causes mécaniques ou irritations invoquées par plusieurs auteurs (onanisme, oxyures vermiculaires, défloration) n'agissent que très rarement.

On peut voir la vulvite survenir dans le cours ou à la suite d'une fièvre éruptive (rougeole, varicelle, scarlatine, fièvre thypoïde). Elle peut aussi provenir de l'eczéma, de l'impetigo, de l'herpès vulvaire.

Mais, généralement, c'est la contagion qui lui donne naissance, et cette contagion, il faut bien le dire, n'a rien de vénérien. Ce n'est que très exceptionnellement qu'on rencontre la blennorrhagie et l'attentat à la pudeur à l'origine de la vulvite infantile.

Au point de vue de l'évolution, il faut distinguer une forme

aiguë de courte durée et une forme chronique interminable, présentant de nombreuses rémissions et de nombreuses recrudescences.

La vulvite simple guérit assez vite, elle est plus tenace quand elle s'accompagne de vaginite.

Le traitement prophylactique consiste à éviter les contacts d'une femme leucorrhéique avec des fillettes de tout âge (pas de lit commun, pas d'objets de toilette communs). Dans les pensions, dispensaires, on ne se servira pas de piscines communes à plusieurs fillettes à moins d'être absolument sûr qu'aucune n'est atteinte de vulvite. Le traitement doit être antiseptique. S'il n'y a que de la vulvite, des lotions bi ou tri-quotidiennes avec du sublimé (1 pour 2000), de l'acide borique (4 pour 100), suivies d'un poudrage au salol, peuvent suffire. On y joindra des bains sulfureux 3 ou 4 fois par semaine. Si la vulvite est compliquée de vaginite, il faut porter les topiques dans le vagin lui-même. Pour cela je me sers de crayons ou bougies de 2 à 3 millimètres de diamètre, composés de beurre de cacao (1 gramme) et de salol (10 centigrammes), que j'introduis dans le vagin à travers le détroit hyménial. Suivant le plus ou moins d'intensité de la vaginite, on introduira un crayon tous les jours, tous les deux jours, ou tous les trois jours. On abrégera ainsi la durée de la maladie.

M. Chantemesse. — La communication de M. Comby établit que si la vulvo-vaginite des petites filles est rarement vénérienne, elle est toujours contagieuse, suivant des procédés de contamination très divers et j'ajoute qu'elle est presque toujours de nature blennorrhagique comme l'ont montré les expériences directes de Dupré. Si donc, la présence du gonocoque dans le pus de l'écoulement n'a pas de valeur diagnostique au point de vue de la médecine légale, elle en a une grande en ce qui concerne la spécificité.

Dans ces derniers temps, on a paru mettre en doute la spécificité du microbe de Neisser, parce qu'on avait trouvé ce germe dans des écoulements uréthraux qui n'étaient pas d'origine vénérienne ; et parce qu'il existait dans des suintements éphémères et sans gravité. Le gonocoque présente des variations de virulence comme tous les autres microbes pathogènes. Il est certain que la blennorrhagie, pas plus que la syphilis, n'a pas toujours une origine vénérienne, au sens étroit du mot.

J'ai observé le fait suivant : un étranger, de bonne santé habituelle, avait eu la blennorrhagie il y a quatre ans et s'était complètement guéri. Depuis cette époque, il s'était marié, avait une femme et des enfants bien portants. Arrivé à Paris, après avoir échappé à toute cause de contamination depuis plusieurs semaines, il se rendit dans une maison de prostitution et, par prudence, pratiqua le coït « ab ore ».

Six jours après, il présentait un léger écoulement purulent qui tachait le linge en vert. La douleur à la miction était très minime. Le pus renfermait, à l'état de pureté, des gonocoques reconnaissables à tous leurs caractères. Ces gonocoques se voyaient dans les microphages, mais les leucocytes qui les renfermaient était en très petit nombre relativement à la quantité des globules blancs indemnes.

Le malade a guéri en cinq ou six jours à l'aide d'injections de résorcine.

On peut objecter qu'il y a eu dans ce fait un simple réveil de la blennorrhagie qui paraissait éteinte depuis quatre ans ; cependant les circonstances cliniques sont peu en faveur de cette hypothèse, et je penche vers l'opinion d'une contamination nouvelle d'origine anormale. On sait aujourd'hui, contrairement à l'opinion de Bumm, que le gonocoque de Neisser peut vivre ailleurs que sur l'épithélium cylindrique. Dinkler et Menge ont plusieurs fois trouvé ce microbe dans le pus d'arthrites blennorrhagiques ; on a vu que les cultures pouvaient s'implanter dans le péritoine de certains animaux. Les faits récents de Dohrn sont plus démonstratifs encore en ce qui concerne la propagation de la blennorrhagie par la voie buccale. Dans la bouche de nouveau-nés, issus de mères atteintes de blennorrhagie, ce savant a observé des plaques érodées, couvertes d'enduit grisâtre, qui siégeaient sur le bord alvéolaire, sur la face dorsale de la langue et sur le voile du palais ; cette variété de stomatite ulcéro-membraneuse a duré plusieurs semaines, elle était provoquée par des gonocoques infiltrés dans la muqueuse et reconnaissables par les procédés ordinaires de coloration et de culture.

M. Rendu. — Je crois qu'on réunit dans une description commune des vulvo-vaginites de nature dissemblable. Il y en a certainement qui résultent d'autres causes. Une petite fille qui a une tourniole peut, par des attouchements, s'inoculer une vulvo-vagi-

nite non blennorrhagique. Chez les fillettes scrofuleuses on voit apparaître des leucorrhées qui ne sont certainement pas dues à une contagion et qui disparaissent par le simple séjour à la campagne. Il y a donc lieu de tenir compte aussi du terrain dans l'étiologie de ces accidents.

M. Comby.— Il y a en effet plusieurs variétés de vulvo-vaginites. Toutes ne sont pas dues à la contagion, mais la majorité reconnaît cette cause.

(*La France méd.*)

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE.

Séance du 20 *juillet* 1891.

—

DE L'INFLUENCE PSYCHIQUE EXERCÉE PAR LA MÈRE SUR LE FŒTUS.

M. Liébault (Nancy). — En 1866, j'ai déjà parlé de l'influence de l'esprit des mères sur leurs fœtus. Je me basais alors sur 25 faits — depuis j'ai eu connaissance de beaucoup d'autres — et j'écrivais que : « Les préoccupations mentales des parents rejaillissent sur les produits de la conception en caractères tranchés, soit sur le moral, soit sur le physique, par des idées-images répercutées dans trois circonstances différentes : 1° lors de l'acte très court de la copulation ; 2° et 3° lors de la grossesse, ou à la suite d'un appel subit de l'attention accumulée sur une idée émotive, ou par une incubation lente et continue de cette force sur une idée prédominante. »

J'ai cru devoir rapporter aujourd'hui devant la Société, un dernier et important attribut à cette question de l'influence psychique de la mère sur le fœtus ; il consiste en une seule observation ; la voici :

Le 23 juillet 1889, madame L... m'amena sa fille, âgée de onze ans. Cette enfant présentait, sur la joue gauche et le cou, une tache lie de vin de 12 centimètres de largeur sur 20 centimètres de hauteur, tache partant de la clavicule et remontant au-dessus de l'oreille.

Mme L... me raconta qu'au cours de la gestation de cette enfant, se trouvant dans une rue de Nancy, elle se vit tout à coup face à face avec une femme dont la moitié de la figure était affreusement colorée d'une teinte vineuse. A sa vue, prise d'un

grand émoi, Mme L..., qui avait une fluxion dentaire et la joue gauche recouverte d'un tampon de ouate retenu par un bandeau, porta machinalement une main sur son bandeau, là où elle souffrait. Mais aussitôt qu'elle eut accompli ce mouvement involontaire, elle s'aperçut, avec étonnement, que la plupart des personnes qui parcouraient la rue, présentaient, à ses yeux, sur un côté de la figure, une tache semblable à celle qu'elle venait de voir avec un subit effroi.

Cette vision lui parut alors une réalité, elle n'arriva que peu à peu, par les raisonnements qu'elle fit et grâce aux affirmations négatives de son mari, à croire qu'elle était fictive. Quand cette profonde émotion se produisit, Mme L... avait été réglée depuis peu de temps, et ce ne fut que plus tard, qu'elle soupçonna être enceinte et qu'elle eut enfin une preuve que son émotion violente avait eu lieu dans le premier mois d'une grossesse. Chose étrange, depuis, en rencontrant les passants, au moins une fois sur quatre personnes, cette vision d'une moitié de la face marquée en rouge, persista tout le temps qu'elle fut enceinte, et ne s'éteignit qu'après son accouchement. De plus, tant qu'elle fut grosse, elle n'eut jamais l'idée que l'enfant qu'elle portait dans son sein, pourrait être affligé des stigmates dont elle voyait si souvent la marque sur la figure d'autrui. Ce ne fut qu'après la naissance de sa fille, trouvant qu'on tardait bien à la lui montrer, car on n'osait la lui présenter, qu'elle se douta que cette enfant avait une marque rouge à la figure, et aussitôt elle en exprima la crainte à haute voix.

Ayant obtenu ces renseignements de Mme L..., je fus presque certain qu'elle avait dû se suggestionner ce signe à l'égard de sa fille, il est vrai sans avoir conscience, lors de la rencontre de la femme atteinte de pareille infirmité. Aussi j'en conclus que Mme L... devait être très sensible à l'affirmation suggestive. Pour m'en assurer, je lui proposai de se laisser endormir, ce qu'elle me permit, et par l'énonciation que je lui fis des principaux signes du sommeil, elle tomba, en moins d'une minute, dans l'état de somnambulisme léger où elle n'avait jamais été mise, ce qui confirme mon induction.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires ; elle parle d'elle-même. A ce propos, je demanderai à mes confrères, non pas de rechercher chez les femmes qui ont eu des enfants avec

marques anormales, s'il y a eu des rapports de cause à effet, s'étant exprimés à leur su, par un contre-coup de la pensée de chacune sur chacun de leurs fœtus, mais de vouloir bien tenter d'obtenir des suggestions de la mère à son fœtus.

J'entends par là que la mère, par exemple, suggère une lentille, une tache quelconque sur une partie de la peau de l'enfant ordinairement couverte ; en résumé un tatouage du fœtus par action morale.

Pour tenter de pareilles expériences, on doit choisir des femmes qui, de même que Mme L..., peuvent tomber dans un état analogue au somnambulisme le plus profond, c'est-à-dire dans l'état conditionnel qui nous a déjà permis, sur 4 ou 5 sujets sur 100, de déterminer expérimentalement des hallucinations post-hypnotiques de tous les sens, et parfois même de créer sur quelques personnes le phénomène, par cause morale, de la stigmatisation cutanée, phénomène si longtemps nié. Car c'est dans l'expérimentation par suggestion hypnotique de la mère au fœtus sur des dormeuses au plus haut degré, que repose la solution de la question d'avenir des influences maternelles. Pour moi, le résultat des expérimentations qui seront établies n'est pas douteux : il confirmera mes inductions.

(*Le Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

ZUR DIAGNOSE DES CARCINOMA CORPORIS UTERI,

Par Léopold (Dresden).

(*Bericht über die Verhandlungen der vierten Versammlung der deutschen gesellschaft für Gynaekologie*, zu Bonn, vom 21-23 mai 1891).

Voici les conclusions de l'auteur ;

1° Le carcinome utérin, qu'il soit situé au-dessus ou au-dessous de l'orifice interne, est d'origine épithéliale ; un cancer du tissu interstitiel conjonctif ne se rencontre pas dans la matrice.

2° Ce que nous appelons carcinome est une néoformation épithéliale atypique.

3° Le carcinome utérin se rencontre le plus souvent en dessous de l'orifice interne et se développe ordinairement aux dépens de l'épithélium de la portion vaginale ; il prend rarement naissance dans l'épithélium de la muqueuse cervicale. Un grand nombre des soi-disant carcinomes du col sont des carcinomes de la portion vaginale. Il est inutile de faire une distinction entre ces deux carcinomes, au point de vue pratique, le traitement étant le même dans l'un et dans l autre cas (hystérectomie).

4° Les cancers de la portion vaginale tout à leurs débuts, ont été observés plus souvent qu'on ne le croit.

5° Le cancer qui semble primitivement avoir pris naissance à la muqueuse du col se trouve être cependant en relation causale avec l'éphithélium pavimenteux de la portion vaginale.

6° Dans 25 % des cas observés par l'auteur, le cancer de la portion vaginale atteignait l'orifice interne du col.

7° Dans le cas de cancer vaginal, on rencontre ordinairement une inflammation chronique de la muqueuse de la matrice ; l'auteur n'a pa observé de dégénérescence sarcomateuse de cette muqueuse, l'adénome s'y rencontre très rarement.

8° Dans les cas de carcinomes de la portion vaginale on rencontre quelquefois des cancers isolés du corps utérin.

9° Le carcinome utérin primitif s'étend presque toujours en surface, rarement sous forme de nodules isolés. Le début se caractérise par un épaississement de la muqueuse consistant en prolifération glandulaire avec production de vaisseaux de nouvelle formation dans la couche musculaire la plus interne ou tout près de celle-ci, en excroissances épithéliales atypiques formant des alvéoles, des lacunes ; puis le carcinome s'étend dans la profondeur des tissus et détruit les muscles.

10° Les excroissances épithéliales ont la forme de papilles qui sont extraordinairement vasculaires, c'est pour cette raison qu'au point de vue histologique le carcinome du corps utérin est désigné le plus exactement par le terme : carcinome papillaire ou papillomateux.

11° Le terme « adénome malin » est une expression impropre ; en effet, le mot adénome ne peut s'appliquer qu'à une prolifération glandulaire de bonne nature ; si celle-ci devient atypique, refoulant les tissus de voisinage, elle n'est plus un adénome, mais bien le carcinome papillomateux du corps utérin.

12° Pour diagnostiquer un carcinome utérin au début, on recourra

au microscope ; dans les parcelles de tissus enlevées à la tumeur, on rencontrera des vaisseaux de nouvelle formation et des prolongements atypiques de l'épithélium dans les glandes et le tissu musculaire. Si le carcinome est arrivé à un développement plus avancé, les parcelles examinées au miscroscope ne donneront plus d'indications bien nettes, n'étant plus que du tissu en décomposition, sans structure bien marquée.

(*Bull. de la Soc. de méd. de Gand.*)

DE L'ANTISEPSIE DANS L'ACCOUCHEMENT NORMAL.

Le Dr Demelin publiait dernièrement un travail sur ce sujet dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Voici les conclusions de l'auteur :

Tout au début du travail, si possible, faire prendre un bain à la parturiente.

Depuis les premières douleurs jusqu'à la délivrance, l'accoucheur devra :

1° Avoir les mains et les avant-bras parfaitement aseptiques (retrousser les manches de chemise).

2° Toucher le moins possible.

3° Au début du travail, faire *une* injection vaginale et un lavage de la vulve ; ne pas se départir d'une surveillance active pour la propreté de la canule en verre.

4° S'abstenir de toute injection pendant la période d'expulsion et après la naissance de l'enfant.

5° Après la délivrance, prendre de grandes précautions pour l'injection chaude intra-utérine (qui, nous le répétons, a pour but, non pas de nettoyer la cavité de l'organe, mais d'exciter sa contractilité). Eviter cette injection si on n'est pas certain de la faire aseptique.

Pendant les suites de couches, faire par jour trois lavages des organes génitaux externes, en renouvelant chaque fois le pansement. Ne pas faire d'injections, les interdire à la sage-femme ou à la garde.

Les injections et toilettes de la parturiente seront faites avec des liquides antiseptiques faibles. Les solutions fortes seront réservées pour la désinfection des instruments et des mains de l'accoucheur. Lorsque les mains auront été soigneusement nettoyées, il suffit de les plonger de temps en temps dans un liquide faible pour les conserver pures.

On remarquera que l'accoucheur devra surtout et avant tout veiller sur lui-même et sur ses instruments. L'asepsie des organes génitaux de la femme est faite par une seule injection au début de l'accouchement ; elle est entretenue par des lavages de la vulve, et par les soins minutieux que prendra le médecin pour ne pas introduire lui-même d'impuretés dans les voies génitales.

DE L'HÉMATO-SALPINGITE,

Par le docteur Louis Guemes. Paris, Berthier.

Le docteur Guëmes est un des médecins les plus distingués de Buenos-Ayres. Après avoir fait ses études dans son pays, il les a refaites à Paris. Son travail sur l'hémato-salpingite est une œuvre de mérite.

Ce n'est pas l'hémato-salpingite consécutive à l'hématométrie qu'il étudie, c'est l'hémato-salpingite essentielle.

Une première question se pose : *D'où vient le sang ?* Puech a soutenu que l'hémorrhagie tubaire menstruelle était physiologique. Cette idée a été reprise et défendue plus tard, en particulier par Lawson Tait. Suivant Spencer Wells, lorsque le pédicule des kystes ovariens est fixé opératoirement à la paroi abdominale, un écoulement sanguin périodique se fait par la trompe jusqu'à son oblitération. Il est aujourd'hui démontré que les trompes participent *souvent* au flux cataménial et *toujours* au travail congestif de l'utérus.

Les causes capables de provoquer ou d'entretenir une congestion aiguë ou chronique des organes de la génération favorisent l'hémorrhagie tubaire.

Les métrorrhagies sont favorisées par les affections cardiaques et pulmonaires ; mais la cause immédiate, c'est l'inflammation, la salpingite elle-même, causée par les affections utérines.

De petites hémorrhagies peuvent passer inaperçues, mais s'il y a une oblitération des orifices tubaires, ce qui est fréquent dans l'état inflammatoire, les oviductes se distendent.

S'il y a imperforation congénitale, les accidents datent de l'apparition des règles. S'il y a oblitération, les antécédents révèlent une lésion pelvienne antérieure.

Au début, les symptômes sont attribués à une métrite. Plus tard leur évolution a quelque chose de spécial.

Une douleur plus ou moins profonde, siégeant d'un côté ou des

deux côtés de l'utérus, commençant aux époques menstruelles, revenant à chaque époque, se prolongeant de plus en plus dans l'intervalle des règles avec exacerbation au moment de la menstruation, a une grande signification dans la symptomatologie de l'hémato-salpinx simple ou double.

Le toucher et le palper combinés sont, de tous les moyens d'exploration, le plus apte à faire diagnostiquer le siège du mal. Au besoin, on se servira de chloroforme. Dans les cas favorables, on sent un cordon volumineux qui va de l'utérus aux parois du bassin. Plus tard on a la sensation d'une massue dont l'extrémité étroite est contiguë à l'utérus. C'est cette continuité de la tumeur avec l'utérus par une partie plus mince qu'il faut tâcher de découvrir ; c'est un précieux élément de diagnostic (Martin). Parfois on sent une série de nœuds, siège de distensions partielles. La tumeur peut remonter dans la cavité abdominale. Elle est souvent inclinée vers le cul-de-sac de Douglas. Elle n'est pas toujours mobile, des adhérences pouvant la fixer aux organes voisins.

Il est ordinairement impossible de distinguer nettement l'ovaire du côté correspondant. Si le vagin est court, difficile à déprimer, on se trouvera bien du toucher rectal combiné au palper abdominal, ou du toucher vaginal et rectal simultané, le pouce étant introduit dans le vagin suivant le procédé de Nélaton. Ces moyens d'exploration sont particulièrement utiles quand la tumeur occupe le cul-de-sac de Douglas.

En citant ces divers procédés, M. Guëmes insiste sur leur origine et montre qu'ils sont français, bien que les Allemands, à l'exception de Schrœder, les revendiquent pour eux.

M. Guëmes étudie ensuite la marche, la terminaison, les complications de l'hémato-salpingite. Il la considère comme une cause fréquente d'hématocèle péri-utérine, la trompe s'étant vidée dans la cavité abdominale, et croit qu'on exagère en attribuant à des grossesses tubaires rompues la majorité des hématocèles. A son avis, la loge de l'hématocèle est préparée avant l'écoulement sanguin et prête à le recevoir. La femme a eu de petites péritonites à répétition. L'hématocèle est intra-péritonéale si l'écoulement sanguin se fait par epavillon, sous-péritonéale, s'il y a rupture du bord inférieur de la trompe et effusion du sang entre les feuillets du ligament large écartés.

M. Guëmes insiste, avec beaucoup de sens clinique, sur les inflam

mations péri-métriques à la suite de petites opérations pratiquées sur l'utérus quand il y a état inflammatoire latent des annexes.

Les malades atteintes d'une hémato-salpingite sont constamment menacées. La terminaison assez fréquente par un hydro-salpinx serait relativement favorable en évitant aux femmes des accidents graves, tels que la péritonite ou une hémorrhagie mortelle.

Le diagnostic est possible, mais souvent très difficile. M. le docteur Guëmes lui consacre un long chapitre que nous ne pouvons résumer ici, car il faudrait, pour bien faire, entrer dans tous les détails. Ce chapitre, comme le précédent, témoigne des connaissances scientifiques et de l'excellent sens pratique de l'auteur.

Quant au traitement, le docteur Guëmes, réglant le traitement médical et considérant la ponction comme un palliatif, se rallie à la salpingectomie.

(*Un. méd.*)

DE L'ALBUMINURIE DES FEMMES ENCEINTES ET SON TRAITEMENT,

Par M. Barker.

Il divise en deux classes les femmes enceintes atteintes d'albuminurie. Dans l'une, l'anémie, l'hydrémie, prédominent. Dans l'autre, il y a de la pléthore et une activité anormale des fonctions de digestion et d'assimilation. Dans le premier cas, il faut donner une nourriture fortifiante, tout en restreignant la quantité des aliments azotés. Barker recommande beaucoup l'emploi de la glycérine et du perchlorure de fer. Dans quelques cas, le vin est souvent utile Dans le second, la diète lactée recommandée par Tarnier rend de grands services. L'utilité des diurétiques est très douteuse, excepté celle des médicaments qui agissent sur la diurèse comme toniques du cœur.

Dans l'urémie, la saignée est à recommander, alors même que a malade est hydrémique. Quant au jaborandi et à la pilocarpine, Barker les a trouvés inefficaces et même dangereux. On avait pensé autrefois que les albuminuries d'une certaine durée et d'une grande intensité, ou avec coexistence de suffusion séreuse, indiquaient l'accouchement prématuré pour prévenir l'éclampsie. Barker pense que l'albuminurie, même à un haut degré d'intensité, ne justifie jamais cette conduite, à moins qu'il n'y ait danger immédiat et que les autres moyens de traitement de l'albuminurie et de l'urémie n'aient donné aucun résultat.

L'éclampsie dans l'albuminurie serait moins redoutable qu'on ne l'avait cru. Une femme sur 25 femmes enceintes est albuminurique et les convulsions n'apparaissent qu'une fois sur 485 ou 500 cas. Il faut se rappeler que bien plus de la moitié des cas d'éclampsie surviennent pendant le travail, qu'il soit spontané ou provoqué, et plus d'un quart après la parturition. Barker croit qu'avec un traitement prophylactique approprié, l'albuminurie et l'urémie ne sont pas à craindre. Le médicament qu'il recommande est la *nitroglycérine*, qu'il donne toutes les 3 ou 4 heures. Elle a pour effet de diminuer rapidement la tension artérielle et de faire disparaître le spasme des petites artères cérébrales et rénales. Elle augmente ainsi indirectement l'activité fonctionnelle des reins et fait cesser merveilleusement l'excitation nerveuse. (*N. Y. Med. Rec.*, 11 février 1888, et *Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

NOUVELLES

—

La loi sur l'exercice de la médecine, devant le Sénat. — Le Bureau du *Syndicat des médecins de la Seine* a été reçu le 16 juillet par la Commission sénatoriale chargée d'examiner la loi sur l'exercice de la médecine votée par la Chambre le 19 mars, et lui a exposé les vœux du syndicat relativement :

1° A l'officiat de santé ;

2° A l'obligation pour les médecins de déclarer à l'autorité les maladies épidémiques ;

3° A l'obligation de déférer à toute réquisition de Justice ;

4° A l'exercice illégal de la médecine ;

5° Et au brevet spécial de dentiste.

L'accueil le plus bienveillant a été fait au bureau du Syndicat, et après avoir écouté ses observations, la commission lui a promis d'étudier attentivement les documents déposés entre ses mains.

—

Mme X..., demeurant rue de Turenne, à Paris, mettait au monde le mois dernier un superbe enfant. La sage-femme, qui prêtait ses soins à la mère, noua le cordon ombilical avec du coton au lieu de le ligoter avec du fil. L'enfant fut couché dans le berceau ; quel-

ques heures après il était mort. Quand on le démaillota, on vit ses langes souillés de sang. Le coton avait cédé sous l'humidité, et e pauvre petit être avait succombé à la perte de sang. Le médecin appelé pour constater le décès a refusé le permis d'inhumation. Le commissaire de police, M. Lamé, a ouvert une enquête et à envoyé le corps à la Morgue, aux fins d'autopsie.

(*Journal d'Accouchements.*)

—

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est supprimée et remplacée par une chaire de clinique obstétricale et gynécologique. (Décret du 30 juillet.) — M. Fredet, ancien professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène. — M. Bousquet, suppléant des chaires de pathologie et cliniques chirurgicales, est nommé professeur de clinique obstétricale.

VARIÉTÉS

—

Un joli mot. — M. Polaillon présentait récemment à la Société obstétricale et gynécologique une intéressante observation. Il s'agissait d'un hermaphrodite dont les organes génitaux externes pouvaient faire croire qu'il était du sexe féminin. Le vagin n'était représenté que par une légère dépression dont la profondeur était au maximum de deux centimètres.

« ..... Le résultat de mon examen fut qu'il n'y avait aucune opération à tenter pour créer un vagin, mais qu'il fallait surveiller les tumeurs inguinales qui pouvaient augmenter, devenir douloureuses et nécessiter une opération chirurgicale.

« Marie P. ne s'affecta pas d'un état qui rendait impossible l'accomplissement du mariage et que la presse littéraire a désigné, dans ces derniers temps, sous le nom pittoresque de l'éternelle blessure. Elle s'adonna à une vie galante. Elle eut l'habileté de dissimuler son vice de conformation et ses amants, en s'évertuant à trouver ce qui n'existait pas, firent aussi bien que la chirurgie aurait pu faire.

« En effet, depuis 1887, j'eus l'occasion de revoir deux ou trois fois Marie P... Au bout d'un an, la dépression vaginale avait acquis 5 à 6

centimètres de profondeur. Quelque temps plus tard, elle mesurait 7 à 8 centimètres et était devenue à peu près habitable... »

N'est-ce pas qu' « à peu près habitable » est bien joli ?

(*Gaz. des Hôp. de Toulouse.*)

—

Accouchement post mortem. — Mme M. W..., âgée de vingt ans, demeurant rue du Château, 95, qui se trouvait dans un état de grossesse avancée, mourait subitement l'autre soir, à cinq heures. En raison de l'heure avancée, le mari de la défunte ne se rendit que le lendemain à la mairie pour faire la déclaration d'usage. Le médecin de l'état civil venait à deux heures constater le décès, et en raison des grandes chaleurs que nous subissons en ce moment, ordonna que l'inhumation aurait lieu d'urgence dans la soirée. A sept heures, quand les employés des pompes funèbres se présentèrent pour procéder à l'inhumation, ils constatèrent qu'un enfant se trouvait à côté du cadavre de la femme W... La morte avait accouché vingt heures environ après son décès d'un enfant sans vie. Le fait a été établi par le médecin.

(*Le Progrès médical.*)

—

Hôpital de femmes. — Un hôpital sera prochainement érigé en Bosnie, à l'usage des femmes, et où tout le personnel médical sera féminin.

—

Asile pour les femmes. — La Société de philanthropie pour la création d'asiles ouvroirs où l'on obtient l'assistance par le travail a décidé de créer un asile-ouvroir pour femmes qui sera en état de fonctionner dans la huitaine. Les intéressés peuvent, dès à présent, se faire inscrire au siège social, 7, rue de Blainville.

—

L'hygiène de la miction... chez la femme. — Il y a bien longtemps que nous nous sommes demandé pourquoi les municipalités s'obstinaient à ne pas installer dans les rues des Vespasiennes gratuites à l'usage des femmes. C'est pourtant là une question d'hygiène au premier chef ! Et il n'est pas admissible que l'on force plus longtemps les vessies du sexe faible à ne pas expulser, quand un besoin pressant se fait sentir, ce que les Précieuses appelaient le superflu de la boisson ! On me pardonnera de m'immiscer ici dans cette question de... miction, quoique je sois médecin, et que *Nihil humani a me*

alienum puto, si l'on veut bien lire le jugement suivant qui vaut son pesant d'or pour un clinicien :

Attendu que la demoiselle X... est prévenue d'avoir commis une contravention à l'article 1er de l'ordonnance de police du 23 février 1850 ; Attendu que, le fait matériel étant constant et reconnu, il reste à examiner si, « par suite d'une nécessité absolue », la prévenue n'a pas été forcée d'agir comme elle l'a fait, s'il n'y a pas là un cas de force majeure de nature à faire disparaître la contravention ; Attendu que si, dans les rues de Paris, les hommes trouvent toutes les facilités pour satisfaire les besoins que la nature leur impose, il n'en est pas de même pour les femmes ; Que, sans parler des chalets de nécessité où se paye une rétribution, les hommes ont à leur disposition de nombreuses vespasiennes où il leur est permis d'entrer gratuitement, qu'ils peuvent également s'arrêter à des endroits désignés à cet effet le long des murs ou des monuments publics ; Que les femmes n'ont, au contraire, aucun emplacement qui leur soit réservé ; que, d'un autre côté, la pudeur naturelle à leur sexe leur interdit l'accès des endroits réservés aux hommes ; que si un certain nombre de femmes peuvent se donner le luxe d'entrer dans les chalets de nécessité, celles qui ne le peuvent n'en sont pas moins soumises aux mêmes exigences ; Que, si ces dernières, prises d'un besoin pressant que la nature les met dans la nécessité absolue de satisfaire, n'observent pas strictement les prescriptions de l'ordonnance du 23 février 1850, elles ne commettent pas nécessairement pour cela une contravention ; Attendu que l'article 1er de cette ordonnance ne saurait être interprété autrement sans inconvénient pour la santé publique ; Attendu que dans les circonstances spéciales de l'affaire, la prévention n'est pas établie. Par ces motifs, renvoie a demoiselle X... de la prévention sans amende ni dépens...

Voilà un juge de paix qui comprend les.. besoins de la femme ! Et dire que toute la magistrature en est là ! M. B.

(*Le Progrès méd.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Royat illustré**, par le Dr. A. Barry. Paris, Dentu, 1891.

II. **Précis théorique et pratique de neurologie-hypnologie** (études sur l'hypnotisme et les différents phénomènes nerveux physiologiques

pathologiques qui s'y rattachent — physiologie, pathologie, thérapeutique, médecine légale), par le Dr Paul Joirre, Paris, Maloine, 1892.

III. **Les indications de Challes** (aphonies et enrouements), par le Dr P. Raugé. Chambéry 1891.

IV. **Du traitement de certaines manifestations de la scrofule et de la tuberculose locale par les eaux-mères des salines de Dax,** par M. le Dr A. Larauza (Extrait des *Annales d'hydrologie*). Paris, Levé, 1891.

V. **Des suppurations pelviennes ayant leur source dans l'appareil génital de la femme et de leur traitement,** par le Dr A. Aubeau. Paris, Coccoz, 1891, fasc. de 29 p.

Dans ce court, mais très substantiel travail, notre distingué confrère, le Dr Aubeau, expose, avec un grand sens clinique, la conduite que doit suivre le chirurgien en présence des diverses variétés de suppurations pelviennes de la femme. Nous donnons d'autant plus volontiers l'analyse de ce mémoire que nous acceptons pleinement les conclusions de l'auteur, conclusions conformes à celles qui ont été posées, dans de nombreux articles de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, par M. le Dr J. Chéron ou par moi-même.

A. *Le chirurgien se trouve en présence d'un énorme foyer qui s'est rapproché d'un point accessible des parois, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac du vagin.* — Dans ce cas, il n'y a pas à discuter, il faut donner issue au pus dans le point où il se présente, établir un bon drainage et prescrire des lavages antiseptiques. Le salut de la malade peut être obtenu par l'ouverture directe de l'abcès et la guérison peut être définitive.

B. *Le chirurgien est en présence de suppurations profondes, moins étendues et inaccessibles par les parois.*

1° Les salpingites doubles, même suppurées, sans complication de pelvi-péritonite, guérissent le plus souvent par la dilatation utérine, le curettage, les injections sous-cutanées de sérum artificiel (Chéron), les injections antiseptiques et les moyens antiphlogistiques C'est le traitement complexe, préconisé par M. le Dr Chéron ; M. Aubeau a été frappé des résultats obtenus par le savant rédacteur en chef de ce journal ; il a suivi la même pratique et a obtenu, comme lui, un grand nombre de guérisons complètes.

2° Les salpingites rebelles, accompagnées de pelvi-péritonite suppurée, les fibromes compliqués de péritonite suppurée doivent être traités par la castration utérine, suivant le procédé de Péan.

En résumé, la majorité des cas de salpingites et même d'ovarites sont justiciables d'un traitement médical patient et persévérant et par conséquent les indications de l'intervention chirurgicale ne répondent en aucune façon au *prurigo secandi* de nos contemporains ; un grand nombre de collections purulentes doivent être évacuées directement sans sacrifice d'organes ; dans les cas les plus graves, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix et doit être préférée à la laparotomie.

Jules Batuaud.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

157.— L'Ichthyol en gynécologie, par K. Polacco. — (*Ann. di Ost. e Gin.*, mars 1891.) — L'auteur insiste sur la grande tolérance que présentent les malades pour l'ichthyol et pense que l'exemple de Freund, qui introduisit cette substance dans la gynécologie, mérite d'être généralisé. L'ichthyol a été expérimenté depuis avec beaucoup de succès par Reitmann et Schonauer (100 cas), Bloch (45 cas), Kotschau (127 cas).

L'auteur l'a employé chez plus de 130 femmes (dont 30 traitées à la policlinique), à l'hôpital Majeur, de Milan, dans les affections les plus variées : péri et para-métrites, ovarites, salpingites (puerpérales et blennorhagiques), métrites parenchymateuses, endométrites. On attendait la cessation des accidents aigus dans la plupart des cas et on appliquait la médication à l'ichthyol sous toutes les formes : application de pommade sur l'abdomen, à 10-20 %, de lanoline ou vaseline, de tampons vaginaux ou de badigeonnages des culs-de-sac, avec une solution à 10 % dans la glycérine ; usage interne de pilules de 10 à 25 centigrammes, deux ou trois fois par jour.

L'auteur n'a vu de la part d'aucun médicament une action analgésique aussi prompte et aussi sûre ; dans *un seul* cas très grave de péri et para-métrite, cette action se fit un peu attendre, mais finit par être obtenue, et complète ; des douleurs ayant résisté aux injections de morphine et à 9 centigrammes de codéine par la bouche, furent promptement dissipées par l'ichthyol.

L'action résolutive lui parut moins rapide, mais néanmoins supérieure à celle de tout autre résolutif, y compris l'iodure de potassium, qui est en outre souvent mal toléré. L'ichthyol ne donna jamais aucun malaise. Un léger érythème de la peau de l'abdomen, observé avec la pommade à la lanoline à 20 %, fut évité en remplaçant la lanoline par la vaseline. Il n'y eut jamais non plus d'inconvénient par les injections intra-utérines (à 10 % dans la glycérine). 25 cas parmi les plus typiques sont cités sous forme de tableau.

***

158. — Vomissements incoercibles de la grossesse et leur traitement. — M. Kaltenback, à la Société obtétricale de Berlin, a fait une étude des vomissements de la grossesse qu'il croit devoir rattacher à l'hystérie. Il rappelle tout d'abord que tous les phénomènes anormaux qui se passent du côté de la matrice ou des ovaires sont des agents provocateurs de premier ordre pour l'hystérie. Comme, d'autre part, il n'y a aucune lésion anatomique pouvant expliquer ces vomissements, il y a lieu de penser à une névrose, laquelle doit être l'hystérie.

Ce qui semble bien prouver que ces vomissements sont une manifestation hystérique, c'est qu'ils sont sous la dépendance d'influences morales. D'ailleurs ils s'accompagnent souvent d'autres troubles nerveux communs dans l'hystérie, si bien que parfois on ne sait quel diagnostic porter : hystérie ou phénomènes-sympathiques de la grossesse.

Cette interprétation montre combien il faut être réservé dans le traitement. L'avortement ou l'accouchement provoqués avant terme doivent être une ressource désespérée à laquelle on ne se résoudra que le plus tard possible.

Il suffira, par contre, bien souvent, de procédés très simples pour arrêter ces vomissements. La suggestion, même à l'état de veille, aura parfois les meilleurs résultats ; ainsi il suffit souvent d'examiner la malade au spéculum, en lui annonçant que cette intervention suffira, pour faire cesser les vomissements. On devra donc employer le traitement général de l'hystérie. On a déjà signalé les bons effets du bromure de potassium et des douches. Il sera en outre bon de transporter la malade dans un milieu différent et d'avoir recours aux divers procédés moraux qui réussissent souvent dans l'hystérie.

(*Bul. méd.*)

***

159. — Les inhalations d'éther et de menthol dans le croup. — Dans un cas de croup chez un enfant de treize mois, qui se trouvait à toute extrémité, et chez lequel M. le docteur Betz (de Heilbronn) ne put se résoudre à pratiquer la trachéotomie, vu que les résultats de l'opération sont déplorables chez les enfants en bas âge, notre confrère wurtembourgeois institua avec succès le traitement que voici :

Il fit faire, d'abord toutes les quinze, puis toutes les trente minutes,

des inhalations de 3 à quatre gouttes du mélange suivant, versées sur un mouchoir tenu près du nez :

Ether sulfurique.....	4 gr. 00
Ether acétique.....	2 gr. 00
Menthol.....	0 gr. 60 centigr.

Mêlez. — Pour usage externe, suivant avis.

Par ce moyen, M. Betz obtint, en l'espace d'une journée, la disparition graduelle de tous les symptômes menaçants. L'enfant guérit.

Les inhalations d'éther agiraient, d'après notre confrère, en diminuant la congestion, la tuméfaction et l'œdème de la muqueuse laryngée. (*Courrier Méd.*)

***

160. — Arrêt de la sécrétion lactée par l'antipyrine. — M. Guibert vient de publier un travail sur l'arrêt de la sécrétion lactée consécutive à l'administration de l'antipyrine. Il résulte des observations de cet auteur que l'antipyrine rend de très réels services dans le cas où l'on veut supprimer la sécrétion lactée des nouvelles accouchées, et que cette médication est des plus inoffensives, à la condition que le filtre rénal soit intact et que la malade ne soit pas albuminurique.

Généralement, il suffit d'administrer 2 grammes d'antipyrine par jour, pendant deux jours, pour que le résultat cherché soit obtenu.

Le médicament se donne en cachets de 25 centigrammes. La malade prend un de ces cachets toutes les deux heures, en ayant toutefois le soin de laisser un intervalle un peu plus long entre celui qui précède et celui qui suit les deux repas du jour. (*Arch. de Tocol.*)

***

161. — Traitement de la péritonite chez la femme. — *Causes.* — Généralement causée par l'inflammation des organes génitaux (trompes, utérus, ovaires, avortement, blennorrhagie) et quelquefois par l'inflammation de l'appendice ileo-cœcal.

Diagnostic des deux causes. — La température reste *remarquablement* basse dans la péritonite causée par septicémie du canal intestinal.

Traitement prophylactique. — L'endométrite qui peut s'étendre aux trompes est une indication du curettage que Gordon fait sui-

vre d'une irrigation d'eau de sublimé à 1/2000, puis d'une application d'acide phénique *pur*, ou de l'application d'une gaze iodoformée qu'il laisse en place deux jours.

Il ne faut pas faire la trachélorraphie le même jour.

Péritonite aiguë. — Les cathartiques rendent d'immenses services, précédés parfois de l'administration du calomel en trituration.

Un lavement ainsi composé agit en général merveilleusement.

Sulfate de magnésie.....	60 gr.
Eau bouillante.....	90
Glycérine.....	30

Lorsque la péritonite se généralise et qu'on reconnaît la suppuration il faut faire la laparotomie sur la ligne médiane, de façon à faire une bonne *toilette*.

Si l'abcès se circonscrit au voisinage de la trompe, les moyens médicaux sont préférables, la laparotomie peut néanmoins être indiquée.

Péritonite chronique. — Lorsque la péritonite ne tend pas à la suppuration, ou si après s'être formé, le pus se résorbe, et s'il se produit des adhérences, les cathartiques, les sangsues, la glycérine seront utiles, puis les applications du phénol iodé, les douches qui provoqueront la résorption des exsudats.

« Mais il faut du temps pour modifier la nutrition troublée des « organes pelviens et guérir les nerfs endoloris, longtemps compri- « més. » (*Résumé des Ann. Gynécol.*)

Conclusion. — Dans le cas de péritonite, reconnaissant pour causes une affection des organes génitaux ou du tube intestinal, il ne faut pas hésiter, dans les cas graves, à intervenir *chirurgicalement* ; on sauvera ainsi de la mort bien des malades : nous lisons en effet dans le *Medical News* que Price cite cinq observations de guérison de péritonite purulente obtenue par la laparotomie : une était due à l'ablation d'un kyste de l'ovaire, trois à des pyosalpingites, une à une infection puerpérale. Il fit dans tous ces cas le lavage du péritoine et le drainage. (*L'Univers méd.*)

***

162. — Traitement de la paramétrite subaiguë et de la paramétrite chronique par le massage et l'électricité combinés (Dr Salvat, de Bordeaux). — Quoique mes obser-

vations ne soient pas nombreuses, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de paramétrite subaiguë et de paramétrite chronique, la galvano-caustique chimique intra-utérine positive, combinée au massage, a amené chez les trois malades la résolution rapide des phénomènes douloureux et activé la résorption des exsudats ; au bout de deux ou trois séances les malades éprouvaient un soulagement tel qu'elles se croyaient guéries.

2° Les adhérences m'ont paru s'assouplir plus vite qu'avec le massage seul.

3° La leucorrhée, dont étaient atteintes ces malades, disparaissait rapidement et les forces revenaient vite.

***

163. — Lotion contre l'eczéma vulvaire. (Lusch.)

Bicarbonate de soude.....	8	gram.
Bicarbonate de potasse.....	4	—
Glycérine neutre.....	6	—
Teinture d'opium.....	8	—
Eau.....	250	—

Faites dissoudre. Lotion matin et soir, contre l'eczéma de la vulve. Après les lotions, saupoudrer avec un mélange composé de : amidon pulvérisé, 98 parties ; camphre pulvérisé, 2 parties.

***

164. — Traitement de la métrite chronique par le crayon de sulfate de cuivre. — M. le Dr Vaugeon montre, par une série d'observations, que, dans les endom.trites chroniques, le crayon de sulfate de cuivre, quoique moins énergique que celui de chlorure de zinc, avait sur lui certains avantages ; il a de plus la même efficacité que le curettage, sans en avoir les inconvénients (?)

Pour en obtenir de bons effets, il faut certaines précautions, et le crayon doit être préparé ainsi qu'il suit : On pèse exactement d'un côté un gramme de sulfate de cuivre, de l'autre un gramme de farine de seigle. Le sulfate de cuivre trituré au mortier est réduit en poudre fine. On fait de même pour la farine de seigle. Ces deux substances sont ensuite reprises et exactement mêlées. Quelques gouttes d'eau ajoutées au mélange en font une pâte homogène bleue verdâtre. Un

filet de glycérine lui assure son élasticité ; on donne à cette pâte la forme d'un crayon de dix à quinze centimètres en la coulant dans des moules ou en la roulant au pilulier. Les meilleurs crayons doivent être petits et passés au n° 10 de la filière Charrière, c'est-à-dire avoir un diamètre de 3 millimètres 1/3.

Au point de vue opératoire, une propreté absolue est indispensable. Dans les jours qui précèdent l'opération, injection matin et soir au sublimé (1/2000), après quoi on place dans le vagin un tampon de gaze iodoformée. Après une nouvelle injection, on explore le canal cervico-utérin, on en mesure la longueur et on taille un crayon de sulfate de cuivre en rapport avec cette dimension. Le crayon, saisi à son extrémité avec une pince à pansement, est introduit dans l'utérus et il doit y pénétrer tout entier. Un tampon de gaze iodoformée remplit les culs-de-sac et le vagin. La malade, reportée à son lit, doit garder le décubitus dorsal pendant vingt-quatre heures.

Les suites immédiates sont des plus simples. Dans une bonne moitié des cas, le malade ne souffre pas. La douleur, si elle existe, est beaucoup moins intense qu'avec le chlorure de zinc. Si elle apparaît immédiatement ou très peu de temps après l'opération, elle a généralement peu d'importance et dure peu. Celle qui apparaît cinq à six heures après, est rare, mais plus tenace. Ce sont des coliques qui peuvent durer jusqu'à douze et même vingt-quatre heures, et s'accompagnent quelquefois de vomissements. Dès le lendemain paraissent des pertes noirâtres, quelquefois un peu hémorrhagiques, qui prennent ensuite le type muco-purulent, puis deviennent claires et cessent après huit à dix jours. De nouvelles applications du crayon peuvent être nécessaires ; entre chacune d'elles, on doit laisser s'écouler une dizaine de jours.

C'est surtout dans la métrite muqueuse ou muco-purulente que le sulfate de cuivre agit ; mais il est encore utile dans les métrites hémorrhagiques ou pyo-hémorrhagiques où il doit être manié avec *beaucoup de prudence*. Ce qui est nécessaire dans ce traitement comme dans les autres du même ordre, c'est que la malade garde le lit le temps nécessaire.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

***

165. — Traitement de la grossesse extra-utérine. — Le tableau suivant donne une idée d'ensemble des résultats fournis par

les différents modes d'intervention, dans 385 cas de grossesse intra-utérine, réunis par M. Schauta :

Cas de grossesse extra-utérine ayant fait l'objet d'un traitement.

	Nombre de cas	1re moitié de la grossesse		2e moitié de la grossesse		Après la dur. norm. de la grossesse	
		G.	M.	G.	M.	G.	M.
Traitement par l'électricité.....	39	37	2	0	0	0	0
Traitement par les injections de morphine.....	10	8	2	0	0	0	0
Laparotomie avec fixation du sac et F. V.	23	0	0	5	18	0	0
extraction du placenta..... F. M.	77	5	3	11	6	39	13
Laparotomie avec fixation du sac et F. V.	3	0	0	2	1	0	0
extraction du placenta..... F. M.	26	5	0	4	7	8	2
Laparotomie avec extraction du sac F. V.	3	0	0	3	0	0	0
kyste pédiculé..... F. M.	175	131	19	7	2	15	1
Laparotomie avec extraction du sac, F. V.	1	0	0	1	0	0	0
kyste intra-ligamenteux..... F. M.	4	1	0	1	0	1	1
Incision vaginale, sans extraction F. V.	0	0	0	0	0	0	0
du placenta..... F. M.	12	2	1	2	1	4	2
Incision vaginale, avec extraction F. V.	1	0	0	1	0	0	0
du placenta..... F. M.	2	0	0	0	1	0	1
Ponction du sac.....	9	0	4	0	2	1	2
	385	189	31	37	38	68	22

Guérisons..... 294
Morts..... 91

* F. V. signifie fœtus vivant, F. M. signifie fœtus mort.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les tableaux ci-dessus, pour trouver réponse à un certain nombre de questions importantes ayant trait à la conduite à tenir dans les cas de grossesse extra-utérine.

Ainsi, lire que dans les cas où la grossesse extra-utérine avait dépassé la première moitié de sa durée normale, les résultats de l'expectation se sont chiffrés par 3 guérisons contre 15 morts, et les résultats de l'intervention opératoire par 37 guérisons contre 38 morts, c'est se convaincre de la légitimité de l'intervention opératoire.

De même, les chiffres contenus dans le second tableau montrent que de tous les procédés opératoires, c'est l'extirpation complète du kyste fœtal qui a donné les meilleurs résultats pour les cas de cette catégorie, c'est-à-dire où la grossesse avait dépassé la moitié de sa durée normale. Notons, en passant, que Werth avait assigné comme contre-indication à l'emploi de ce procédé, le « développement intra-ligamenteux » du kyste fœtal, surtout quand les deux feuillets du ligament large, entre lesquels se développe l'œuf, se sont écartés complè-

tement l'un de l'autre, en quel cas il y a lieu de craindre qu'on ne puisse plus lier les vaisseaux destinés à l'œuf. Schauta cite des faits, dont un tiré de sa pratique personnelle, qui démontrent que même en pareil cas l'extirpation totale peut être tentée avec succès.

Le vieux procédé qui consiste à fixer le sac en place, avec ou sans le placenta, devra dorénavant être réservé aux cas où le sac étant déjà le siège d'une suppuration ou d'un état septique, il y aurait lieu de craindre une infection généralisée, si une rupture de la poche venait à se produire.

Enfin la statistique de Schauta montre que l'emploi de l'électricité et les injections de morphine constituent des moyens fœticides qui ne sont pas à dédaigner lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de grossesse extra-utérine où le diagnostic peut être posé avec certitude dans les premiers mois de la gestation.

(*Rev. de thérap. gén. et therm.*)

***

166. — De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête. — Tout n'est pas fini pour le périnée lorsque la tête du fœtus est complètement sortie des voies génitales. Trop souvent les épaules deviennent les agents de déchirures plus ou moins profondes, et d'autant moins inattendues qu'on les avait évitées pendant le passage de la tête. Cette offense produite par le tronc fœtal s'explique lorsqu'on vient à comparer certaines de ses dimensions avec celles de la tête. Tandis, en effet, que la circonférence sous-occipito-frontale (la seule utile à connaître dans l'espèce) mesure 33 centimètres en moyenne, celle qui passe sur le tronc par les deux coudes supposés en place est de 35 cent. 6 environ. Il s'agirait de diminuer, si possible, cette circonférence bicubitale pour que le tronc devienne inférieur ou égal en volume à la tête qui a passé avant lui par l'anneau vulvaire. Voici à ce propos les conclusions de la thérapeutique du Dr Couder :

« Il est possible de réduire la circonférence maxima du tronc à un chiffre égal à la circonférence sous-occipito-frontale en dégageant complètement un bras avant le reste du tronc.

» La conduire que je propose pendant le sixième temps varie suivant les circonstances :

» 1° Si une main se présente au niveau du cou, que ce soit l'anté-

rieure ou la postérieure, extraire tout le membre supérieur correspondant en tirant sur cette main.

» 2° Si l'enfant ne tend pas la main, c'est le bras antérieur qu'il vaut mieux dégager; pour cela, avoir recours à la manœuvre suivante :

» A. — Abaisser fortement la tête pour dégager le bras antérieur jusqu'auprès du coude.

» B. — Dégager le coude, l'avant-bras et la main en poussant le coude vers le plan postérieur du fœtus.

» C. Relever le tronc pour défléchir l'avant-bras-postérieur.

» Cette manœuvre est presque toujours indiquée chez les primipares : elle est certainement facile et sans danger. »

On évitera qu'elle ne devienne la cause de fractures de l'humérus ou de la clavicule, de contusions diverses, de paralysie du plexus brachéal, etc., à la condition :

» De ne pas se presser ;

» De n'agir directement que sur des parties fœtales déjà sorties et par conséquent :

» De ne pas introduire les doigts dans les voies génitales pour aller chercher les bras ;

» De ne pas tirer avec le doigt en crochet dans l'aisselle ;

» De faire glisser le bras sur le tronc en le maintenant en contact avec lui jusqu'à ce que le coude soit dégagé. »

(*Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

***

167. — Péritonite tuberculeuse traitée par laparotomie et guérie par les injections de sérum de chien. — M. Pinard lit, au nom de M. Kirmisson et au sieu, l'observation d'un enfant de 3 ans 1/2, atteint d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Une première ponction avait donné quatre litres et demi d'un liquide louche. Quelques jours après le liquide s'était reproduit; la palpation ne donnait aucun renseignement.

M. Kirmisson pratiqua la laparotomie, le 22 avril, à la clinique Baudelocque : le liquide fut évacué, la cavité abdominale fut largement lavée avec une solution stérilisée saturée d'acide borique. Le péritoine pariétal et viscéral, l'épiploon étaient farcis de granulations tuberculeuses. Après ce lavage, le ventre fut refermé, il n'y eut, après

l'opération, aucune suite immédiate, aucune réaction, mais le liquide se reproduisit. Six semaines après, M. Pinard pratiqua une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de sérum ; à la deuxième injection, le liquide commençait déjà à se résorber, la guérison survint rapidement à la suite d'injections peu nombreuses. M. Pinard présente au congrès l'enfant, qui paraît jouir de la meilleure santé.

M. Pinard a mis cette méthode à l'épreuve chez deux enfants nés avant terme de mères arrivées à la dernière période de la cachexie tuberculeuse et mortes quelques jours après l'accouchement. Ces enfants n'ont pu être suivis pendant un temps suffisant, mais frappé de l'action immédiate des injections sur l'état général, M. Pinard a fait des injections de sérum de sang de chien à tous les nouveau-nés pesant moins de deux kilogrammes, et les résultats qu'il a obtenus chez dix-sept enfants ainsi traités depuis le 17 mars ont été tellement satisfaisants, qu'à son avis cette pratique peut être considérée comme constituant un auxiliaire puissant au gavage et à l'emploi de la couveuse pour les nouveau-nés en état de faiblesse congénitale.

(*Congrès de la tuberculose. An. de la France méd.*)

***

168. — Le traitement des hémorrhagies internes par les applications chaudes, par le Docteur Fergusson. (*New-York medical Journal*, 1er novembre 1890, p. 488.) — Quand, dans un cas d'hémorrhagie *post partum*, les moyens communément usités n'aboutissent pas au résultat voulu, Fergusson conseille de recourir aux applications très chaudes, sur la région lombaire de la colonne vertébrale, de préférence sous la forme d'une éponge trempée dans de l'eau très chaude, qu'on applique ensuite sur la région susdite. Sous l'influence de ces applications excitantes, l'utérus ne tarde pas à se contracter, et l'hémorrhagie s'arrête.

***

169. — Sur l'hémostase dans les cas de déchirures du col consécutives à l'accouchement, par le Docteur Parsenow. (*Centralblatt für Gynaecologie* 1891, n° 27, p. 567.) — Une femme de 36 ans, qui accouchait pour la septième fois (version, extraction par les pieds), fut prise d'une hémorrhagie artérielle assez forte, due à une déchirure profonde du col. Le médecin qui assis-

tait la femme pratiquait la compression bi-manuelle de la plaie depuis deux heures et demie, lorsque Parsenow vint pour lui prêter assistance. Il constata l'existence d'une déchirure de 5 centimètres de profondeur, sur la partie gauche du col. A droite le paramétrium était ouvert. Selon toute vraisemblance, l'artère utérine ou une de ses grosses branches avait été entamée.

Parsenow se hâta de comprimer les lèvres de la déchirure entre deux branches d'une pince de Muzeaux et d'attirer celle-ci fortement en bas. L'hémorrhagie s'arrêta tout aussitôt, pour se reproduire dès que l'on eût cessé de tirer sur la pince. Enfin, elle s'arrêta définitivement après que l'on eût recousu les lèvres de la déchirure. La femme s'est rétablie. Ce qui a déterminé l'auteur à livrer ce cas à la publicité, c'est le désir de mettre en lumière le fait qu'une légère traction exercée sur le col a suffi pour arrêter provisoirement l'hémorrhagie. Ce résultat s'explique si, tenant compte des dispositions anatomiques, on considère qu'une semblable traction doit avoir pour effet de comprimer l'artère utérine. D'ailleurs, vu l'état de ramollissement de l'utérus et la distension du canal vaginal après l'accouchement, il est extrêmement facile d'opérer l'abaissement du col dans ces conditions.

***

170. — Traitement de l'endométrite chronique par l'acide borique. — M. Alexander Duke (de Dublin) a obtenu des résultats satisfaisants en traitant les douleurs vaginales chroniques et aiguës et les ulcérations du col utérin par l'acide borique. Il a appliqué le même remède à l'endométrite chronique, et trouve que ce traitement mène plus fidèlement à la guérison que les moyens ordinaires (cautérisation, etc.), usités dans ces cas.

Pour l'introduction de la poudre boriquée dans la cavité utérine, l'auteur se sert d'un tube légèrement recourbé muni d'un mandrin, s'appliquant bien au calibre du tube.

Il retire le mandrin à 5 centimètres de son extrémité utérine, et plonge ce dernier dans un verre rempli de poudre d'acide borique.

Après avoir débarrassé la cavité utérine des mucosités avec une curette en fil de fer (inventée par l'auteur), il introduit le tube dans le col utérin et presse sur le mandrin.

Il fait ainsi entrer « un bâtonnet de poudre boriquée pressurée ».

Il saupoudre abondamment le vagin et la muqueuse externe du co.

On répète les séances tous les 3 à 4 jours.

Les cas les plus invétérés exigent 12 séances au plus.

Ce moyen est simple, facile et plus agréable, pour les malades et le médecin, que les différentes pommades et liquides usités.

L'auteur attribue l'action de l'acide borique à ses propriétés antiseptiques et astringentes, ainsi qu'à son affinité avec l'eau qui empêche l'hyperémie des tissus. (*La Pratique méd.*)

***

171. — Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique. (Benoist.) — L'oxymel scillitique n'est pas un spécifique de la coqueluche. Ce médicament rend cependant de grands services, en abrégeant notablement la durée de la période spasmodique et en favorisant la sécrétion bronchique.

Il fait cesser les vomissements dans un délai qui ne dépasse pas trois jours et empêche la dénutrition qui en serait la conséquence.

Il diminue l'intensité des quintes et cela d'autant plus rapidement que l'enfant est plus vigoureux. Jusqu'à l'âge de deux ans, ses effets sont moins manifestes qu'à un âge plus avancé.

L'oxymel scillitique agit comme expectorant, il agit sur l'élément catarrhal et par suite sur l'élément spasmodique, car ces deux éléments sont en antagonisme.

Il importe que l'oxymel scillitique soit d'excellente qualité.

D'après M. Netter, il doit être administré quotidiennement et aussi longtemps que les quintes, quoique diminuées d'intensité et de fréquence, se produisent encore. Un seul jour d'interruption, et les quintes peuvent redevenir violentes, ce qui s'explique du reste par le rétablissement de la sécheresse de la muqueuse.

L'heure de l'administration de l'oxymel scillitique doit être choisie de manière qu'il n'y ait pas concomitamment dans l'estomac des aliments ou boissons. Voici la manière de procéder : l'enfant ayant reçu son goûter à 3 heures de l'après-midi, ne devra pas manger ou boire avant 7 heures du soir. Le remède est donné de 5 à 6 heures.

Chez les enfants en allaitement, on fait mettre dans la bouche 20, 40, 60 gouttes dans les vingt-quatre heures. L'enfant est mis au sein toutes les deux heures et c'est à l'heure d'intervalle que plusieurs gouttes sont mises dans la bouche. En donnant l'oxymel à un moment très rapproché de la mise au sein, le lait se caillerait dans la bouche même.

Chez les enfants de 2 à 3 ans, on donne l'oxymel scillitique de 5 à 6 heures du soir, à la dose de 4 à 5 cuillerées à café, une toutes les dix minutes.

Au-dessus de 3 ans, on donne 6 cuillerées à café. Chez l'adulte 7 à 8 cuillerées à café par jour prises dans le cours d'une heure suffisent.

(*Thèse de Nancy.*)

***

172. — Emploi du dermatol en gynécologie (R. Heinz.)

Dermatol.....	15 à 30 grammes.
Glycérine neutre à 30°.....	150 —

Mêlez. — Imprégner de ce liquide des tampons vaginaux. Agiter le flacon avant de s'en servir

Pour le pansement des ulcérations plus étendues, on emploie :

Dermatol.....	10 grammes.
Lanoline.....	80 —
Vaseline.....	10 —

Mêlez. — Usage externe.

***

173. — Traitement des végétations non syphilitiques des organes génitaux externes. — D'après le Dr Tchernomodik, le meilleur moyen contre les végétations d'origine non syphilitique des organes génitaux externes (condylomes acuminés) serait le mélange suivant, préconisé par M. le docteur Bockhart, sous le nom de plomb caustique :

Oxyde de plomb.....	0 gr. 25
Solution de potasse caustique à 33°7.....	0 gr. 50

Mêlez. — Usage externe.

Les végétations, préalablement lavées avec un désinfectant et essuyées ensuite à sec, sont badigeonnées avec un petit tampon d'ouate, enroulé autour d'une baguette, tampon qu'on a plongé dans le mélange ci-dessus après l'avoir bien agité. Au bout de cinq minutes elles noircissent et se transforment en une masse de consistance muqueuse se laissant facilement enlever avec de l'ouate. Il en résulte une petite plaie qu'on saupoudre d'iodoforme.

Lorsque les végétations sont très volumineuses, on est obligé de les badigeonner deux ou trois fois avec le plomb caustique, ce qu'on

peut très bien faire en une seule séance, pourvu que les végétations ne soient pas trop nombreuses. Dans le cas contraire, il est nécessaire de faire plusieurs séances, à des intervalles de deux ou trois jours.

Ces cautérisations étant peu douloureuses, on peut, dans la majorité des cas, se passer de cocaïne.

***

174. — Injections sous-cutanées de pilocarpine contre l'éclampsie post-parturiente. — Il y a déjà plusieurs années, M. Strisover rapporta 6 cas d'éclampsie post-parturiente traités avec succès par des injections sous-cutanées de pilocarpine. Le même a traité avec succès quatre nouveaux cas d'éclampsie. Il se sert de la solution suivante :

Chlorhydrate de pilocarpine.....	0 gr. 06
Eau distillée.....	30 gr.

M. S. — A injecter une seringue de Pravaz à chaque accès d'éclampsie jusqu'à disparition du myosis : tout le temps que persiste le rétrécissement des pupilles, on ne peut se croire à l'abri d'un nouvel accès. L'affaiblissement de l'énergie cardiaque ne contre-indique pas l'emploi de la pilocarpine.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

***

175. — Vaginite. (Terrillon.)

Tannin.....	50 gr.
Vaseline..... }	âà 150 gr.
Amidon..... }	

Introduire cette pâte dans l'intérieur du vagin. Remplacer tous les jours.

***

176. — Excoriation du mamelon. (Pinard.)

Acide borique.....	6 gr.
Eau distillée.....	300 gr.

Pour imbiber des compresses que l'on met sur le point excorié.

***

177. — Pommade contre la pigmentation des femmes enceintes.

Oxyde de zinc pur.....	0 gr. 30 centigr.
Oxyde jaune de mercure....	0 gr. 15 centigr.
Huile de ricin..... }	ââ 75 grammes.
Beurre de cacao..... }	
Essence de rose.....	X gouttes.

F. s. a. une pommade avec laquelle on frictionne, deux fois par jour, les parties du corps couvertes de taches pigmentées.

(*Un. méd.*)

***

178. — Antipyrine contre les contractures tétaniques de l'utérus. — Wright a employé avec un succès éclatant, dans un cas de contracture tétanique de l'utérus, l'antipyrine à l'intérieur à la dose de 0 gr. 90 répétée tous les quarts d'heure. La contracture devint moins prononcée dès la première dose et disparut complètement après la troisième. Il faut recourir à ce traitement dès le début de l'affection, avant que les nerfs utérins et les centres nerveux soient épuisés par la contracture tonique du muscle utérin par trop prolongée.

(*London med. Record. et Bull. méd.*)

FORMULAIRE

—

Traitement de la dysménorrhée mécanique par le drainage de la cavité utérine. (Jules Chéron).

Les douleurs dysménorrhéiques sont très variables d'intensité et de durée, suivant le degré d'étroitesse du canal cervical et de ses orifices et suivant la longueur de ce canal et aussi suivant que l'écoulement sanguin est plus ou moins abondant.

Dans les cas les plus légers, l'administration des antispasmodiques, l'emploi des frictions sédatives, le repos, etc., suffisent à rendre la dysménorrhée tolérable. Il n'en est point toujours ainsi et on rencontre assez souvent des malades qui éprouvent, au moment des époques menstruelles, des douleurs expulsives tellement fortes que

les injections sous-cutanées de morphine elles-mêmes ne produisent qu'un soulagement temporaire ; on est obligé d'en pratiquer deux ou trois par jour et encore la sédation est-elle incomplète ; toute occupation devient impossible ; la malade est condamnée à garder le repos absolu au lit, au moins pendant la première journée.

C'est dans ces cas sérieux que nous avons eu recours au drainage de la cavité utérine à l'aide du drain en crin de Florence. On choisit un drain en anse, muni d'un plateau. Le drain est rendu aseptique par un séjour prolongé dans une solution concentrée d'acide picrique.

Cinq à six jours avant l'époque menstruelle, le drain est placé dans la cavité utérine ; au besoin, le plateau est muni d'un fil qui permettra de retirer le drain, une fois les règles terminées.

Au grand étonnement de la malade, l'écoulement sanguin survient sans douleurs ; le sang ne se forme plus en caillots dans la cavité utérine, car il sort librement à mesure de son exhalation et traverse sans difficulté le canal cervical rendu béant par la présence du drain. Le repos au lit n'est plus nécessaire et la patiente peut se livrer à ses occupations habituelles.

Une fois les règles terminées, si le drain n'est pas expulsé spontanément, rien n'est plus facile que de le retirer au moyen du fil qui pend hors de la vulve.

Il va sans dire que ce mode d'application du drainage, l'application temporaire, n'est indiqué que dans les dysménorrhées mécaniques non compliquées d'endométrite ; dans ces derniers cas, il convient de recourir au drainage permanent, précédé au besoin du curettage, ainsi que nous l'avons exposé dans notre mémoire sur ce sujet (1).

(1) Voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* : juillet 1890 et numéros suivants.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

DU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES

Antéflexions et rétroflexions, par le massage associé à l'application de l'électricité,

Par le Docteur R. Fauquez, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

—

Le massage des organes pelviens, imaginé par *Brandt*, comme moyen de traitement des déplacements de l'utérus, en particulier du prolapsus utérin, semble devoir entrer sérieusement dans la pratique gynécologique ; surtout depuis que le Docteur *Profanter* a donné, sous le nom de *Traitement manuel du prolapsus utérin*, une description complète de cette méthode, au point de vue théorique et technique.

D'intéressantes observations sont publiées fréquemment par des gynécologues, entre autres par le Docteur Ch. *Jacobs*, de Bruxelles, qui a traduit le travail du Dr *Profanter* et qui paraît s'être attaché d'une façon toute particulière à l'application du massage dans les affections utérines.

Pour qui a pu apprécier les effets du massage appliqué sur n'importe quel point de l'organisme, effets qui se résument :

1° En une stimulation de la circulation en retour avec disparition des engorgements chroniques, par suite de la suractivité imprimée à la circulation des vaisseaux capillaires et des veines superficielles ;

2° En une dissémination et une diffusion des produits pathologiques accumulés dans les tissus, avec retour de ces produits dans la circulation générale ;

3° En un réveil de la tonicité et de la contractilité musculaires ; il est certain que cette méthode devait présenter d'énormes avantages et était destinée à ouvrir une voie nouvelle au traitement des déviations utérines.

Depuis 1887, époque où j'ai eu connaissance d'un travail publié par le Docteur *Profanter* sur les résultats obtenus, à Iéna, par la méthode de Brandt, j'ai appliqué le massage de l'utérus à tous les changements pathologiques de position qui se sont présentés à mon observation.

J'ai eu à traiter relativement peu de cas de prolapsus et je dois dire, pour être sincère, que, soit par manque d'habileté à pratiquer le massage dans ces cas spéciaux, soit que j'aie eu affaire à des prolapsus particulièrement rebelles, je n'ai pas obtenu les résultats merveilleux (guérison complète en deux à trois séances) que je vois publiés par les partisans et les propagateurs de la méthode de Brandt. C'est surtout sur les déviations utérines, *antéflexions* et *rétroflexions*, si faiblement modifiées par les pessaires de toutes sortes, qu'ont porté mes efforts, et j'ai obtenu les résultats les plus satisfaisants, mais à la condition de joindre au massage de l'utérus l'action du courant électrique.

C'est sur cette association de l'électricité au massage de l'utérus que je veux appeler l'attention des lecteurs de cette revue ; car je suis toujours étonné, en lisant les observations de massage de l'utérus, de ne pas voir mentionnée, concurremment à ce moyen, l'application de l'électricité qui est un si puissant modificateur de la circulation et de la contractilité musculaire.

Si l'on veut se rendre compte du rôle de l'électricité associée au massage, dans le traitement des déviations utérines, il convient de considérer comment se produisent ces déviations.

Les déviations utérines, *antéflexions* et *rétroflexions*, pures ou liées à un certain degré de latéroflexion, ont, d'une façon générale, leurs causes : en partie dans une fixation anormale de

l'utérus et, en partie, dans le relâchement des moyens normaux de suspension de cet organe.

D'une part, le relâchement des ligaments suspenseurs crée la mobilité excessive de l'utérus et permet sa déviation de la situation normale ; d'autre part, la rétraction cicatricielle qui succède aux inflammations du tissu cellulaire paramétrique fixe et maintient l'utérus dans cette situation anormale.

Quelquefois c'est, au contraire, la rétraction cicatricielle qui ouvre la marche, le relâchement des ligaments se produisant consécutivement et peu à peu, particulièrement dans les *antéflexions* dont la grande majorité est due au raccourcissement des plis de Douglas, à la suite d'une paramétrite postérieure.

Il existe encore d'autres causes, telles que : la flaccidité de l'utérus coïncidant avec l'élargissement de sa cavité, en rapport avec l'arrêt d'involution après l'accouchement ou l'avortement.

D'après *Schultze*, dans son Traité des déviations utérines, le raccourcissement atrophique ou l'amincissement d'une des parois de l'organe, les deux mêmes, se produisant l'un sur une paroi, l'autre sur l'autre, peuvent déterminer une flexion.

Les diverses causes énumérées ci-dessus se trouvent réunies dans presque toutes les déviations utérines.

Ces affections sont, en effet, dans la grande majorité des cas, consécutives aux accouchements ou aux avortements. Dans ces conditions, les ligaments suspenseurs de l'utérus allongés, tiraillés, pendant la grossesse, sont, chez la plupart des femmes affaiblis et incapables de maintenir dans sa situation normale l'utérus qui, arrêté dans son mouvement de régression, reste volumineux et lourd avec des parois amincies, flasques et molles et, par conséquent, disposées à céder sous le poids du fond de l'organe.

Les inflammations péri-utérines qui accompagnent si fréquemment la métrite, soit puerpérale, soit liée à l'arrêt de régression, donnent naissance aux brides cicatricielles qui fixent l'utérus dans sa position pathologique.

Trois grandes indications se présentent donc à l'esprit : libérer l'utérus des entraves qui l'empêchent de reprendre sa situation

normale, diminuer son poids et rendre à ses parois et aux moyens de sustentation qui lui font défaut leur tonicité perdue.

Deux moyens puissants nous sont offerts pour remplir ces indications. Ce sont : le massage et l'électricité.

Voyons donc quelle est la part qui revient au massage, quelle est celle qui incombe à l'électricité.

Dans la première série des causes énumérées ci-dessus, fixation anormale par rétraction cicatricielle, à la suite d'inflammation péri-utérine, lorsque le relâchement des ligaments suspenseurs a permis à l'utérus de dévier de sa situation normale, il est évident que le massage provoquera la résorption des brides cicatricielles qui retiennent l'utérus en position anormale, qu'il facilitera la décongestion et le dégorgement de l'organe, en activant la circulation dans le réseau vasculaire utéro-ovarien, et partant, qu'il diminuera son poids. Mais qu'est-ce qui rendra aux ligaments suspenseurs de l'utérus la tonicité qu'ils ont perdue et qui est absolument nécessaire pour maintenir l'organe dans sa situation physiologique ? Ce sera l'électricité, sans compter qu'elle apportera un appoint notable pour activer la circulation utéro-ovarienne et pour favoriser la décongestion de l'utérus.

Si la déviation résulte de la flaccidité de l'utérus, à la suite d'arrêt de l'involution utérine, à part l'action décongestionnante du massage et son influence sur la résorption des adhérences, c'est l'électricité qui est appelée à jouer le principal rôle, car c'est elle qui réveille la contractilité des fibres lisses et qui, en rendant à l'utérus sa consistance normale, lui permet de se redresser, au moins en partie.

Dans les cas où la déviation dépend d'une différence de nutrition entre les parois antérieure et postérieure de l'utérus, une des parois a subi un raccourcissement atrophique, tandis que l'autre paroi amincie s'est allongée et a permis au fond de l'utérus d'être entraîné du côté de la paroi raccourcie. Là encore le courant électrique, en favorisant la nutrition du muscle utérin, en excitant sa contractilité, rendra les plus grands services.

L'électricité a été appliquée au traitement des déviations utérines, il y a déjà longtemps, par *Erb*, par *Simpson*, par *Bar-*

tholow. *Tripier* a préconisé la faradisation recto-utérine pour les antéversions et les antéflexions et la faradisation vésico-utérine pour les rétroversions et rétroflexions. *Engelmann*, de Saint-Louis, a fait au sujet du traitement des déviations utérines par les courants galvanique et faradique, une importante et intéressante communication, à la *Société d'obstétrique et de gynécologie* de Saint-Louis, en janvier 1886. Il a cité des cas de déviations avec adhérences, liées à des métrites, à des endométrites, à des arrêts d'involution, grandement améliorées et même guéries, au moyen de l'application du courant continu combinée avec celle du courant faradique. J'ai employé le courant continu au traitement des déviations utérines pendant longtemps et j'en ai obtenu, comme les auteurs que je viens de citer, d'excellents résultats. Mais ces résultats étaient bien moins complets, bien moins rapides que ceux que j'obtiens de l'association du massage à l'électricité.

Car, si le courant électrique possède une supériorité réelle et bien évidente, quand il s'agit de provoquer la contractilité musculaire et de tonifier les ligaments suspenseurs de l'appareil utéro-ovarien, le massage a incontestablement une action plus énergique et plus rapide sur la résorption des brides cicatricielles et exsudats pathologiques et sur la disparition de l'engorgement de l'utérus, de ses annexes et des tissus péri-utérins.

La méthode de traitement, à laquelle je me suis arrêté et que j'emploie journellement est la suivante :

Elle comprend trois temps : 1° massage de l'utérus ; 2° gymnastique des abducteurs et des adducteurs d'après la méthode de *Brandt* ; 3° application combinée du courant continu et des intermittences du courant continu.

1er *temps*. — Le massage peut et doit, par égard pour les malades, se pratiquer sans aide.

Pour l'*antéflexion*, après avoir fait une assez abondante irrigation vaginale d'eau phéniquée, après s'être enduit l'index et le médius de la main droite préalablement aseptisée, de vaseline phéniquée, on les introduit dans le vagin, afin de saisir le col et, ramenant celui-ci en avant, on fait basculer le fond de l'utérus

qui s'élève au-dessus du pubis et qu'on peut ainsi saisir avec la main gauche. On produit alors avec cette main, à travers la paroi abdominale, des mouvements de pétrissage du fond de l'utérus, pendant un laps de temps court, au début du traitement, mais progressivement plus prolongé, de manière à donner à la séance une durée de quatre à cinq minutes. Les manipulations doivent être très douces, être exercées sans aucune violence, de même que le mouvement de bascule imprimé à l'utérus par les doigts introduits dans le vagin. La moindre brusquerie dans ces mouvements pourrait provoquer la déchirure d'adhérences ou de brides cicatricielles dont les terribles conséquences sont faciles à prévoir.

Quand le traitement a produit une certaine amélioration, quand l'appareil utéro-ovarien est devenu moins douloureux et l'utérus plus mobile, on peut apporter un peu plus d'énergie dans le massage. Tout cela est une question d'habitude et de délicatesse de toucher.

Pour la *rétroflexion* la différence consiste en ce que le col est repoussé en arrière, de manière à faire basculer en avant le fond de l'utérus, jusqu'à ce que la main gauche, placée sur l'abdomen, puisse le saisir et le masser.

Dans les cas de rétroflexion exagérée, quand le fond de l'utérus enclavé dans le bassin et retenu par de fortes adhérences, semble littéralement collé au sacrum, à l'aide du massage du cul-de-sac postérieur pratiqué avec un doigt, le médius de préférence, on parvient à détacher peu à peu les adhérences qui fixent le fond de l'utérus et à le rendre mobile. Employé avec douceur et précaution, en ayant soin que la main, dont les doigts sont introduits dans le vagin, n'ait aucun contact avec la partie supérieure de la vulve, ce procédé de massage ne présente aucun inconvénient pour la malade.

2e *temps*. — Le premier temps de l'opération achevé, on passe à la gymnastique des adducteurs et des abducteurs pratiquée comme l'indique *Brandt*.

La malade étant placée dans la position obstétricale, soulève la région lombaire en s'appuyant fortement sur les coudes et sur

les pieds et, ayant rapproché les genoux, cherche à écarter les jambes pendant qu'on oppose une résistance assez énergique à ce mouvement. Puis on lui fait faire l'exercice contraire, ramener les jambes écartées à leur position primitive, toujours en faisant résistance à l'effort de la malade.

Ces mouvements produisent de fortes contractions des adducteurs et des abducteurs, fortifient la musculature du fond du bassin et provoquent un reflux considérable de sang hors du bassin.

3e *temps.* — Il consiste dans l'application de l'électricité. Je considère ce troisième temps comme le complément indispensable du massage, dans le traitement des déviations utérines. Appliquée immédiatement après les manipulations exercées sur l'utérus, et après les mouvements d'adduction et d'abduction des membres inférieurs, l'électricité continue et complète la dérivation du sang veineux des organes du bassin et facilite, par la suractivité qu'elle apporte à la circulation artérielle, la résorption des exsudats pathologiques.

Cette application comprend : 1° *le courant continu ;* 2° *l'intermittence du courant continu.*

Pour le courant continu, on doit introduire, dans le canal cervical, un hystéromètre au charbon de Gaiffe, rendu parfaitetement aseptique, d'un calibre approprié à la largeur de ce canal et relié au pôle positif de la pile ; puis placer sur l'abdomen une plaque d'étain, recouverte d'agaric et de peau, mise en communication avec le pôle négatif. Cette plaque doit être assez large et mesurer 10 centimètres sur 15 environ.

Un courant de 25 à 30 milliampères est suffisant et est très bien supporté par la malade pendant environ dix minutes.

L'application de *l'intermittence du courant continu*, qui termine la séance, doit durer de quatre à cinq minutes.

La plaque abdominale reste placée comme dans l'application précédente du courant continu. L'excitateur vaginal seul change de situation, suivant qu'il s'agit d'une antéflexion ou d'une rétroflexion. Il doit être en charbon, d'un calibre supérieur à celui

qu'on introduit dans le canal cervical, 10 à 11 millimètres de diamètre environ, et recouvert de peau ou de linge fin.

Pour l'antéflexion on le place dans le cul-de-sac postérieur ; pour la rétroflexion, dans le cul-de-sac antérieur. De cette façon l'action contractile de l'intermittence s'exerce sur l'utérus, en général, et, en particulier, sur la paroi dont on a besoin d'exciter la contractilité.

L'intensité du courant qui fournit l'intermittence doit être égale à celle d'un courant continu de 60 milliampères. Elle peut, du reste, varier de quelques milliampères en plus ou en moins, suivant la sensibilité spéciale de la malade. Car il ne faut jamais que la secousse produite par l'intermittence cause de la douleur ou un ébranlement trop violent.

Sous l'influence de ce traitement, on voit s'amender rapidement les inconvénients des flexions utérines, la dysménorrhée, la ménorrhagie, les troubles vésicaux, spécialement dans les antéflexions, les troubles fonctionnels et les douleurs dues à la compression exercée sur le rectum, surtout dans les rétroflexions, les pesanteurs dans le petit bassin, les difficultés et les douleurs à la marche, les manifestations morbides du côté du système nerveux, nervosisme général, hystérie, hypochondrie, douleurs causées par la compression des troncs nerveux, phénomènes réflexes se fixant sur divers organes, en particulier, sur l'estomac.

J'ai pu, dans d'assez nombreux cas de stérilité dus à des déviations utérines, en général à la rétroflexion, obtenir une amélioration dans la situation de l'utérus, suffisante pour permettre à la malade de redevenir mère.

Il me semble nécessaire de prendre en sérieuse considération cette méthode de traitement des antéflexions et des rétroflexions, car, en dehors de ces moyens que j'appellerai *médicaux*, il ne reste, jusqu'à présent, que la réduction avec la main ou avec *la sonde*, maintenue par l'application de pessaires dont l'action est trop insuffisante et les opérations chirurgicales.

Celles-ci sont à peu près nulles pour l'antéflexion, à part cependant l'opération de *Marion Sims*, qui consiste dans la division

du col et dans l'incision du coude formé par la paroi antérieure de l'utérus. Le résultat en est des plus incertains, attendu que la cicatrisation partielle de l'incision, qui peut survenir malgré toutes les précautions possibles, est susceptible de reproduire l'antéflexion, telle qu'elle existait avant.

Pour la rétroflexion, les opérations chirurgicales comprennent l'opération d'Alexander bien délaissée aujourd'hui et l'hystéropexie, qui est une opération grave à laquelle on ne doit, à mon avis, se déterminer qu'après que les moyens médicaux ont échoué ou ont donné des résultats trop incomplets.

Notes pour servir à l'histoire de la gynécologie

Pendant la période gréco-romaine,

Par M. de Tornéry, ancien interne des hôpitaux.

—

Grâce à l'obligeance de notre excellent maître, M. le docteur Chéron, que nous remercions chaudement de cette nouvelle preuve d'intérêt, nous allons étudier ici les différentes phases par lesquelles est passée la gynécologie durant la période gréco-romaine. Une entreprise de ce genre présente plus d'intérêt qu'on ne serait tenté de le supposer tout d'abord. Et, en effet, les vieux médecins, dont nous allons rappeler les idées, possédaient sur les maladies des femmes des notions déjà fort complètes. Ils connaissaient les troubles dysménorrhéiques, les métrites, les prolapsus et les déviations de la matrice, le cancer du col, les périmétrites. Soranus, l'illustre chirurgien du siècle de Trajan, parle même de l'hystérectomie dont il se montre partisan dans certains cas, tout en avouant qu'il ne l'a point pratiquée pour son propre compte. Les injections vaginales, la méthode révulsive, les pessaires, l'usage du spéculum, la pratique du toucher sont d'un usage courant. C'est que la gynécologie, ainsi que les autres branches de la chirurgie, s'est développée et perfectionnée bien avant la pathologie interne. Comme le titre de cet article l'indi-

que, nous n'avons pas la prétention de donner au lecteur une étude magistrale, définitive complète, mais plus simplement l'intention de lui communiquer les notes, fort nombreuses du reste, que nous avions réunies sur le sujet. Notre connaissance du grec ancien a été fort utile en cette circonstance. Nous avons aussi à nous louer du bienveillant concours de M. Tsiphiropoulos, qui a consulté pour nous plusieurs auteurs secondaires, notamment des byzantins dont la lecture était absolument nécessaire pour éclaircir certains points douteux.

Le plus ancien ouvrage à consulter qui soit parvenu jusqu'à nous, c'est la collection hippocratique.

Dans les aphorismes, mais surtout dans le Traité des maladies des femmes, on trouve exposés, sans beaucoup d'ordre et de méthode, il et vrai, et entremêlés d'autres sujets, des passages de la plus haute importance sur les affections de l'utérus. Ils sont accessibles à tous, grâce à l'admirable traduction de Littré et nous en recommandons vivement l'étude, car leur lecture est véritablement attachante et pleine de surprises. Hœser, qui nous a laissé une histoire médicale si remarquable, dit textuellement, page 198 de son ouvrage : « Il est étonnant de voir combien les connaissances des Hippocratiques sur cette branche de la médecine étaient déjà étendues et complètes. » Cet enthousiasme est partagé aussi par Littré, qui s'exprime sur ce sujet d'une façon analogue et avec autant d'admiration que Hœser. Abordons ce fameux Traité des maladies des femmes dont nous nous sommes efforcé de montrer l'importance. Mais, auparavant, il nous faudra résoudre au préalable deux questions délicates : 1° les précurseurs des Hippocratiques en gynécologie ; 2° le véritable auteur de ce Traité, car il s'est élevé sur la paternité attribuée à Hippocrate des doutes très sérieux.

Précurseurs d'Hippocrate. — Les notions que l'on retrouve dans le Traité des maladies des femmes sont déjà si avancées, si parfaites en elles-mêmes qu'elles suggèrent invinciblement l'idée qu'Hippocrate a eu de nombreux précurseurs. Une partie considérable de notre temps a été employée à résoudre ce difficile pro-

blème et malheureusement nous n'avons abouti qu'à des résultats assez maigres.

La première idée qui devait nous venir, c'était d'interroger la science de la vieille Egypte. Et, en effet, qui ne serait pas rempli d'attente et d'espoir en pensant à ce peuple glorieux entre tous qui, non content de laisser sur les bords du Nil, comme trace de son passage, ces temples magnifiques aux lourds pylônes dont l'érection se perd dans la nuit des temps, ces obélisques d'une hauteur prodigieuse, ces pyramides fameuses inutiles mais grandioses, a consigné ses connaissances scientifiques dans des milliers de papyrus dont plusieurs se rapportent à la médecine ? Les anciens Egyptiens n'ont-ils pas pratiqué la médecine dès les siècles les plus reculés et cela avec un tel succès que leurs médecins étaient recherchés dans toute l'Asie ?

Mais la lecture des ouvrages allemands dans lesquels on trouve relaté l'état de la médecine en Egypte, pendant l'antiquité, nous a déçus grandement. Somme toute, l'art de guérir avait conservé dans cette contrée un caractère iératique très accentué. Les incantations, les invocations aux dieux jouaient dans la pratique de ces prêtres-médecins un rôle énorme. Leurs connaissances scientifiques se bornaient à peu de chose, à la diète, au repos, à des injections vaginales, etc. Et, en effet, ils ne pouvaient guère s'élever au-dessus d'un empirisme grossier. La manière de traiter les malades était fixée d'une manière immuable dans des livres vulgaires déjà fort anciens. Leurs connaissances anatomiques étaient nulles, bien que leur usage d'embaumer leurs morts dût à *priori* faire penser le contraire. Dans une thèse que j'ai inspirée et rédigée, M. Peillen, s'aidant de mes conseils et des renseignements fournis par M. Maspero, s'exprime ainsi, après avoir noté ce fait intéressant que les préparateurs de momie conservaient fort habilement dans des vases *ad hoc* les organes thoraciques et abdominaux : « Si l'on a dit que les idées des Egyptiens sur l'anatomie se bornaient à peu près aux connaissances des bouchers actuels sur cette science, n'oublions pas que ceux qui embaumaient appartenaient à une classe très ignorante, et que leur intelligence n'était point du tout cultivée. Le peuple

qui avait en exécration toute atteinte à un cadavre humain les aurait lapidés s'ils avaient exercé en plein jour leur profession. Ils profitaient donc de la nuit et procédaient avec beaucoup de hâte. » Les Chaldéens, dont l'habileté médicale était du reste beaucoup moindre que celle des Egyptiens, ne nous ont pas fourni des renseignements bien intéressants. « C'étaient, du reste, a dit M. Opperta à M. Peillen, bien plus des devins que des médecins.» Les incantations, la magie, etc., jouaient dans leur thérapeutique un rôle prépondérant.

Les Indous semblent avoir été un peu plus avancés (voir thèse de M. Peillen sur les organes génitaux de la femme, la fécondation et l'embryogénie humaine depuis les temps les plus reculés jusqu'à la renaissance, Paris 1891, chez Berthier : M. Peillen reprendra du reste l'étude des connaissances anatomiques et physiologiques des vieux peuples de l'Orient sur les organes génitaux et l'embryogénie humaine, dans un prochain ouvrage que nous faisons en collaboration). Mais leur Susrutha, dans lequel on retrouve d'importants renseignements sur la gynécologie, est d'une antiquité indéterminée comme les hymnes vediques, du reste, dont l'ancienneté paraît avoir été bien exagérée. D'ailleurs, isolée qu'elle était par des mers immenses, par des fleuves profonds et impétueux, des montagnes pour ainsi dire infranchissables et des déserts arides qui, à l'Ouest, en défendent les abords, l'Inde n'a exercé qu'une influence à peu près nulle sur le reste du monde à l'époque dont nous nous occupons. On est donc bien forcé d'attribuer aux Grecs l'état florissant dans lequel se trouvait la gynécologie au temps d'Hippocrate. Or, la médecine était très ancienne chez les Hellènes. Sans remonter à Esculape, ou même jusqu'à Machacre et Podalyre immortalisés par Homère, il est bien permis de rappeler qu'au 4e siècle avant J. C. la médecine avait pris en Grèce un remarquable développement à notre point de vue. Il y avait d'abord des sages-femmes, qui pratiquaient les accouchements et soignaient bon nombre d'affections utérines. Il y avait dans les villes des médecins, qui, dans les grands centres, étaient presque toujours élèves de praticiens distingués. Certains, payés par l'Etat, jouaient même le rôle de médecins des pauvres; à

côté se plaçaient les périodeutes ou médecins voyageurs qui se transportaient d'un endroit à un autre pour exercer leur profession avant de se fixer définitivement.

Les femmes grecques, grâce à l'intelligence de la race, n'étaient pas victimes des préjugés stupides qui les empêchent d'être soignés dans l'Orient. S'il fallait agir avec beaucoup de discrétion et de retenue quand il s'agissait d'une personne mariée, les esclaves, les courtisanes, les danseuses, les joueuses de flûte y mettaient moins de façon et bien souvent elles devaient venir visiter dans sa boutique (iatrea) le praticien en renom pour les affections des femmes.

D'ailleurs, les philosophes de l'école d'Italie et ceux de l'école d'Ionie, médecins pour la plupart, s'étaient occupés avec beaucoup de zèle des mystères de la génération. Leurs théories sont importantes à retenir, car elles ont eu une influence considérable sur les livres hippocratiques. Il suffit de parcourir le livre natal de Censorinus, les œuvres morales de Plutarque, les saturnales de Macrobe, les nuits attiques d'Aulu-Gelle pour découvrir l'origine de bien des idées que l'on retrouve dans le Traité des Maladies de femmes. Les vues de ces philosophes n'étaient pas purement spéculatives, elles s'appuyaient, jusqu'à un certain point, sur des recherches anatomiques; Alcmeon, Empedocle, Diogène, d'Apollonie, et Démocrite avaient disséqué, paraît-il, un grand nombre d'animaux, et Empedocle, notamment, avait fait des découvertes importantes. Il est fort probable que si nous possédions les œuvres médicales de ces anciens philosophes, notamment le poème médical d'Empedocle, les traités composés par Acron, son disciple, que les empiristes regardaient comme leur fondateur, les lois sur le régime, le pronostic, etc., composées par Démocrite, nous pourrions y trouver bien des remarques intéressantes sur la gynécologie et nous aurions à établir une étude du plus haut intérêt : la filiation des connaissances hippocratiques en gynécologie. Malheureusement, cela est impossible, car tous les ouvrages composés par les philosophes Ioniens et Pythagoriciens ont péri. Il ne nous en reste que des fragments insignifiants et dont il est impossible de rien tirer pour notre sujet. Mais il ne faut pas oublier non

plus que l'auteur hippocratique, qu'il fût de Cnide ou de Cos appartenait à la famille des Asclépiades qui, depuis des siècles, exerçaient la médecine et se transmettaient de génération en génération par la voie orale, le fruit précieux de leurs observations. Or il y avait trois branches principales de cette famille au temps dont nous nous occupons : celle de Rhodes, la plus ancienne, est sur le point de s'éteindre ; celle de Cos dont faisait partie Hippocrate et celle de Cnide. Or maintenant que nous avons esquissé en quelques mots, l'état de la gynécologie avant Hippocrate, à quelle branche faut-il attribuer le Traité des maladies des femmes ? Ceci est, comme nous l'avons dit plus haut, le deuxième point qui nous reste à résoudre. Il y a d'abord quelque chose de certain, c'est que très vraisemblablement, le grand Hippocrate n'est point l'auteur de cet ouvrage. Nous avons perdu malheureusement l'histoire des Asclépiades, d'après Erastolhene, Arius de Tarse et Polyanthus de Cyrène. Les commentaires sur les traités hippocratiques qu'avaient composés Dioclès, de Caryste, Callimagne, Bacchus de Tanagra, Heraclide de Tarente, etc., ne sont pas parvenus jusqu'à nous. Ni Galien, ni même Erotien ne sont suffisants pour combler cette perte. Heureusement que la critique moderne a d'autres sources d'information. Ce qui nous a frappé dans la lecture du texte grec est que le style n'est pas tout à fait le même que celui du traité des airs, des eaux, des aphorismes, du pronostic. Les mêmes mots ne reviennent pas de la même façon, etc. Mais il y a des différences plus importantes, parce qu'elles reposent sur les doctrines. Elles ont été fort bien mises en relief par Littré : « Suivant moi, dit-il, l'auteur grec n'est pas seulement tout autre qu'Hippocrate, mais encore il n'appartient pas à Cos. Il est sorti de Cnide et voici mes raisons : l'auteur administre le lait, le petit lait et les purgatifs comme l'école de Cnide. Il divise et subdivise comme elle les maladies, il admet la succussion que rejette Hippocrate. Ce point gagné, il s'en suit que les ouvrages connus sous les noms de la génération, livres de la nature de l'enfant et le traité des maladies des femmes relèvent aussi de l'école Cnidienne. »

Et, en effet, il ne faudrait pas croire que la collection hippocra-

tique nous soit arrivée intacte, car voici le jugement de Littré sur cette sorte d'enclycopédie médicale. « C'est un corps d'ouvrages dépareillés, incomplets, issus de plusieurs mains, extraits les uns des autres, formés de notes personnelles et de fragments. » Cette opinion s'appuie non seulement sur l'étude patiente des textes, mais encore sur le témoignage des anciens, qui n'ignoraient point les nombreuses interpolations, altérations, etc., qu'avaient subies les livres hippocratiques ; Galien, Erotien, etc., divisent même ceux-ci en authentiques et apocryphes.

ANALYSE DU TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES.

Abordons maintenant l'étude détaillée du traité des maladies des femmes. Commençons par dire quelques mots sur les connaissances anatomiques et physiologiques que semble posséder l'auteur hippocratique.

Anatomie et physiologie des organes génitaux.—Celles-ci paraissent très rudimentaires. Si l'auteur est un habile praticien, sa science théorique, ici comme sur le reste, est bien médiocre. Les recherches des philosophes pythagoriciens ou ioniens ont pu être assez étendues. Mais Galien, dans le chapitre de *Dissectione vulvæ*, fait entendre qu'ils desséquaient bien mal. Ils n'avaient peut-être pas encore cette habileté du scalpel qui ne s'acquiert qu'avec l'exercice. Cela n'est peut-être pas tout à fait exact pour Empédocle et pour Démocrite ; cependant nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'ovaire n'a été décrit que par les Alexandrins (Xerophile) et que c'est Dioclès de Caryste, un successeur d'Hippocrate qui passe pour avoir décrit, pour la première fois, les prolongements de l'utérus. Il les compara aux cornes des ruminants. Il ne faut pas oublier que l'anatomie est une science toute récente qui naît à peine à l'époque hippocratique. Les recherches d'Alcméon, d'Empédocle, de Démocrite, etc., s'étaient faites du reste exclusivement chez les animaux, car des préjugés religieux et populaires invincibles avaient défendu jusqu'aux Alexandrins la dissection d'un corps humain. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir l'auteur hippocratique dire les matrices et non la matrice. Il croyait donc que l'utérus humain est double

comme celui des ruminants ou des rongeurs. Néanmoins l'exercice de son art lui avait appris à connaître la vulve, le vagin, l'hymen (qu'il regarde comme pathologique), le col de l'utérus. Ses idées en angeiologie et en nécrologie génitale devaient être nulles ou à peu près, bien que l'on trouve dans un contemporain, Diogène d'Appollonie, mentionné les principaux vaisseaux (voir fragment conservé par Aristote dans le troisième livre de son histoire naturelle). C'est en effet l'école d'Alexandrie qui a cultivé pour la première fois ces deux branches de l'anatomie.

Si les notions anatomiques de l'auteur qui a écrit le traité des femmes étaient médiocres, ses conceptions physiologiques nous paraissent actuellement encore plus mauvaises. Elles sont empruntées principalement à Empédocle, à Anaxagore et à Démocrite. Ce qui le caractérise est l'habitude de tout démontrer par de gros phénomènes physiques.

Ainsi, voici comment il explique l'existence de menstrues chez la femme : « La femme a la chair plus lâche et plus molle que l'homme ; cela étant ainsi, le col féminin tire du ventre le fluide plus vite et plus que le corps masculin. En voici la preuve : mettez par-dessus de l'eau ou même en un lieu humide, pendant deux jours et deux nuits, de la laine nettoyée et un drap nettoyé d'un tissu dense, pesant exactement autant que la laine ; quand vous les retirerez, vous trouverez à la balance que la laine est devenue beaucoup plus pesante que le drap. Ce qui produit cet effet, c'est que l'eau qui est dans un vase à large ouverture exhalant sans cesse vers le haut, la laine étant lâche et molle reçoit davantage de cette exhalation, et le drap étant plein et dense se trouve rempli sans avoir beaucoup reçu ; de la même façon la femme étant d'une nature plus lâche puise dans le ventre, pour le compte du corps, plus de fluide et plus vite que l'homme ne fait, et avec cette laxité quand le corps est rempli de sang, s'il n'y a pas évacuation en l'état de pléthore et de chaleur où sont les chairs, la souffrance survient. » Mais ce théoricien si piètre se montre excellent clinicien quand il étudie les troubles de la menstruation. (*A suivre.*)

ADÉNOME DE L'UTÉRUS (1)

Par Henry C. Coe,

Gynécologiste à l'hôpital pour les cancéreux de New-York.

Dans un précédent mémoire sur « l'affection maligne de l'endomètre du corps de l'utérus » (*N. Y. Medical Record*, 5 avril 1890), je décrivis longuement l'adénome malin que je considérais alors comme une affection extrêmement rare. L'étude ultérieure et l'observation clinique m'ont convaincu que cette maladie est plus fréquente que je ne le supposais d'abord, bien qu'elle soit souvent méconnue dans ce qu'on peut appeler la période prémaligne. Il existe une telle confusion dans la nomenclature des lésions de l'endomètre que je suis certain d'être excusé d'avoir choisi un sujet si technique en apparence si je réussis à y apporter quelque lumière. J'ai choisi le titre général « Adénome de l'utérus » pour appeler l'attention sur les erreurs dans lesquelles sont tombés les auteurs et même les pathologistes spéciaux les plus consciencieux en comprenant, sous ce nom, beaucoup de lésions différentes, depuis la simple hyperplasie de l'endomètre jusqu'à l'adéno-carcinome.

Par exemple, Fürst (2) décrit trois variétés d'adénome, savoir : l'*adénome utérin simple*, ou simple hyperplasie glandulaire ; l'*adénome suspect*, ou hyperplasie glandulaire destructive, et l'*adénome-carcinome*, ou prolifération glandulaire typique avec infiltration épithéliale et destruction générale des tissus. Comme le fait remarquer judicieusement M. Pozzi, l'auteur le plus récent d'un traité de gynécologie, l'application du terme « adénome bénin » à la simple hyperplasie glandulaire a été faite par ceux qui envisagent le sujet à un point de vue presque entièrement anatomique et réunissent arbitrairement les états qui présentent quelques apparences histologiques semblables, sans considérer comme il convient leurs différences cliniques. Une confusion plus

(1) *The American Journal of the medical Sciences*, août 1891, N.-Y.
(2) *Zeitschr. fur Geburtsh. u. Gyn.*, 1887, Bd XIV, Heft 2, p. 364.

grande encore a été causée par l'introduction dans la littérature médicale des termes: « Adénome polypoïde » (Muckel), « polypes cannelés » (de Sinéty), etc., appliqués à de simples polypes muqueux ou même à l'endométrite polypeuse. Winckel, habituellement si clair, est souvent obscur sur cette question et semble se rallier à la division embrouillée de Klob. Bien plus, un puissant auteur comme John Williams peut égarer le lecteur qui n'est pas sur ses gardes en lui faisant croire que de tels polypes tendent à devenir cancéreux (1) ; il parle exclusivement de la variété cervicale, il est vrai, mais d'autres auteurs ne sont pas aussi soigneux. Il n'est nullement certain que l'exemple qu'il donne soit un véritable cas de dégénérescence cancéreuse ; en fût-il ainsi, le développement de l'épithélioma sur la muqueuse recouvrant ce soi-disant « polype glandulaire » est un processus tout différent de la transformation en carcinome d'un adénome vrai. Du reste, je me restreins absolument aux tumeurs intra-utérines, et ne parle nullement des tumeurs cervicales.

Quand il s'agit d'une muqueuse aussi particulièrement apte que celle de la cavité utérine à devenir le siège d'hypertrophies localisées ou diffuses et de pseudo-néoplasmes, on doit toujours rechercher un critérium certain pour décider si une lésion est bénigne ou maligne. La lésion est-elle limitée à la muqueuse qui lui a servi de point de départ ou a-t-elle envahi les tissus profonds ?

La réponse est souvent impossible à donner d'après l'examen des produits de raclage superficiel. On est injuste vis-à-vis des pathologistes en leur demandant de déclarer catégoriquement le caractère d'une production intra-utérine, alors qu'on ne met à leur disposition que quelques fragments superficiels. Dans quelques cas, une boucle de cheveux de la malade leur serait presque aussi utile que ces fragments de muqueuse. Aucun histologiste sérieux ne se hasarderait à donner une opinion positive dans un cas douteux après avoir reçu uniquement quelques portions de la tumeur sans le tissu sous-jacent. Il faut donc se

(1) *Cancer of the Uterus. Harveian Lectures for* 1886. London, 1888, p. 75.

servir de la curette *tranchante*. On devra se souvenir de cette remarque à propos du diagnostic.

Enfin, je dois dire que je n'admets pas l'existence d'une variété distincte de néoplasme intra-utérin qu'on pourrait appeler adénome bénin pour le distinguer de l'adénome malin. Je ne reconnais qu'une variété — l'adénome malin de Schrœder ou l'adénome papillaire diffus de Winckel, adénome qui, comme j'espère le démontrer anatomiquement, est le stade de début de l'adéno-carcinome ; quant à leurs symptômes cliniques, ils sont pratiquement identiques, mais il y a entre les deux une différence importante au point de vue du pronostic.

Historique. — Williams (1) attribue à Matthews Duncan la priorité de la description de l'adénome du corps de l'utérus. D'après sa description des symptômes cliniques, aussi bien que d'après le consciencieux rapport de Slavjansky sur l'examen microscopique de la pièce enlevée, ce cas semble bien plutôt un cas de véritable adéno-carcinome-stade final et non initial de l'affection. Duncan lui-même, avec son jugement caractéristique, conclut : « Je ne doute pas que d'ici peu de mois, que ce soit ou non une véritable affection maligne actuellement, elle ne présente les terribles caractères d'un cancer indubitable. » Nous disons que la preuve fut donnée presque immédiatement, la malade étant morte cinq mois après le premier examen. Dans l'état actuel de nos connaissances, bien peu de chirurgiens eussent hésité à pratiquer l'opération radicale à la place de l'opération palliative qui hâta simplement l'issue fatale.

Breisky et Eppinger (2) éclairent ensuite ce sujet en rapportant et en figurant un cas des plus instructifs dans lequel Breisky curetta soigneusement un utérus pour une hémorrhagie continue ; il enleva un grand nombre de masses en choux-fleur qui offraient la structure typique de l'adénome. L'hémorrhagie reparut, et quatre mois plus tard, un second curettage retira une nouvelle quantité de tissus plus mous et plus friables que les premiers enlevés, et l'examen microscopique montra clairement

(1) *Edinburgh Med. Journ.*, vol. XIX, p. 92.
(2) *Prager med. Wochenschrift*, Bd. II, 1887, p. 78.

la transition de l'adénome au carcinome, les sections transversales des glandes montrant leur lumière remplie de cellules épithéloïdes qui présentaient un contraste frappant avec l'épithélium cylindrique qui tapissait les glandes. Il y avait également une invasion des tissus profonds par le néoplasme, qui n'avait pas été notée auparavant.

Klebs, en discutant ce mémoire, rapporte qu'Ackermann publia le premier cas d'adénome de l'utérus, mais il semble que la lésion était limitée à la portion vaginale.

Schrœder (1) montre qu'il connaissait bien l'adénome, bien qu'il tende à admettre la théorie qu'il existe des formes de transition entre l'endométrite fongueuse et ce qu'il dénomme l'adénome malin, celui-ci, remarque-t-il, se transformant souvent en véritable carcinome glandulaire. J. Veit (2), peu après, décrit et figure un cas qui montre la transition de l'adénome au carcinome.

Winckel décrit et figure une pièce anatomique d'adénome papillaire diffus, sans observation clinique et l'auteur de la monographie sur les tumeurs non malignes de l'utérus dans l'*American system of Gynecology* reproduit la figure, mais il oublie de dire nettement qu'il s'agit d'un véritable néoplasme, et non d'une hyperplasie simple de l'endomètre.

Mann (3) avait reconnu l'adénome, il en a examiné et décrit une pièce anatomique.

Bartolet (4) avait publié un cas semblable dans lequel le diagnostic d'adénome papillaire fut fait pendant la vie par l'examen des produits du raclage.

Les cas attribués à Thomas (5) sont très douteux. Le seul fait qu'une malade guérit après avoir subi 14 curettages (!) en cinq ans et que l'autre fut curettée à de fréquents intervalles pendant sept ans suffirait à les exclure de la catégorie en question.

(1) *Krankheiten der Weiblichen Geschlechtsorgane*, 1879, p. 261.
(2) *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, vol. I, 1877, p. 189.
(3) *Amer. Journ. of. Obstetrics*, janv. 1878, p. 113.
(4) *Philada. Med. Times*, Apr. 1878, p. 354.
(5) *Diseases of Women*, 5e éd., 1888, p. 570.

Du reste, l'examen microscopique n'avait porté que sur les produits de raclage superficiel.

Des trois cas de « dégénérescence villeuse de l'endomètre » de Goodell (1), le second était probablement un cas d'endométrite fongueuse ordinaire ; le premier et le troisième, d'après leur histoire clinique, représentaient probablement la transition de l'adénome à l'adéno-carcinome, comme ma troisième observation. Malheureusement, dans aucun de ces cas, on ne fit l'examen de la tumeur *in situ*.

Ruge et Veit (2) furent les premiers à faire une étude soigneuse de l'adénome et Ruge présenta un mémoire sur ce sujet, à la Société allemande de Gynécologie, en 1888. Furst en fait mention dans le travail déjà mentionné. Mes récentes observations personnelles ont été publiées dans mon mémoire, déjà cité, l'année dernière. Je rapportai alors deux pièces que j'avais examinées (du Dr Wylie et du Dr Blache Emmet), auxquelles j'ajoute maintenant deux examens personnels. Le Dr Freeborn, médecin de l'hôpital des cancéreux, me raconte qu'il a vu un cinquième cas. Dans tous ces cas, on fit l'ablation complète de l'utérus.

La plus récente communication sur ce sujet est celle de E. W. Cushing (3), qui décrit clairement et qui figure la lésion en question, reconnaît son caractère de malignité, démontré par la récidive et la possibilité de la transformation en carcinome vrai.

Outre ces cas, je ne connais que cinq cas authentiques d'adénome papillaire décrits par quelques-uns des auteurs déjà cités, en excluant tous ceux dans lesquels le diagnostic fut établi sur l'histoire clinique et sur l'examen microscopique n'ayant porté que sur les fragments obtenus par le raclage. Il en existe peut-être d'autres, mais s'il en est ainsi, ils ont été rapportés d'une façon si incomplète qu'ils ne peuvent rendre aucun service au point de vue scientifique.

Le traducteur : Dr J. Batuaud.

(*La fin au prochain n°.*)

(1) *Lessons in Gynecology*, 3e éd. 1887, p. 317.
(2) *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn.* Bd VI, 1881, p. 302.
(3) *Annals of Gynecology and Pædiatry*, mai 1891, p. 458

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *août* 1891.

—

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. Pinard est intervenu, depuis 1889, dans 7 cas de grossesse extra-utérine. Il a fait 6 laparotomies et 1 élytrotomie avec un seul insuccès dû à ce que l'opérée était atteinte de septicémie aiguë.

Voici les conclusions de M. Pinard :

« 1° Au point de vue de l'étiologie, si dans quelques cas une maladie antérieure de l'appareil génital a été observée, rien de semblable n'a été noté dans les autres ;

2° Les premiers accidents et les troubles fonctionnels ont débuté dans toutes les observations dès la fin du premier mois ;

3° Ces accidents ont été constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie ;

4° L'expulsion d'une caduque a manqué dans la plupart des cas ;

5° Les rapports de l'utérus avec le kyste fœtal sont absolument variables, et s'il est le plus souvent repoussé en avant, on peut le rencontrer en arrière, sur les côtés et même il peut, comme le prouve une de mes observations, ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation ;

6° Les fœtus meurent souvent avant leur complet développement ;

7° Le kyste fœtal, le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale, peut être mobile ;

8° Il peut même présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que celles de l'utérus ;

9° Le kyste fœtal peut être entouré par des anses intestinales passant en avant et tellement adhérentes qu'on ne puisse les détacher ;

10° Le kyste fœtal présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire et pouvant se rompre séparément ; quelquefois la loge fœtale peut être dilatée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du fœtus difficile ou impossible ;

11° Le kyste fœtal, par ses rapports avec le bassin, la vessie et l'utérus, est plus facilement accessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont ces dispositions qui doivent imposer soit l'élytrotomie, soit la laparotomie ;

12° Mes observations montrent les dangers que peut offrir la méthode qui consiste à vouloir toujours enlever le kyste et, au contraire, les avantages de l'extériorisation simple du kyste. Elles montrent aussi que dès que, la membrane granuleuse apparaît à la face interne du kyste, on peut et on doit pratiquer la délivrance artificielle ;

13° Enfin elles montrent les grands bénéfices qu'on peut retirer d'une intervention judicieuse dans les cas de grossesse extra-utérine, puisque je compte, sur 10 femmes opérées, 9 femmes guéries ; la seule femme ayant succombé ayant été opérée *in extremis.* »

(*Union méd.*)

Séance du 8 *septembre* 1891.

—

NÉPHRITE INFECTIEUSE PUERPÉRALE.

M. Charpentier rapporte un cas de *néphrite infectieuse puerpérale.* Il s'agit d'une jeune femme qui, après un premier accouchement compliqué d'accidents puerpéraux, redevint enceinte deux ans plus tard. Accouchement normal. Huit jours après, grand frisson, sans que les lochies présentent la moindre fétidité. Néanmoins, M. Charpentier pratiqua des injections intra-utérines et enfin un curettage. Malgré cela, les frissons persistèrent, l'état général s'aggrava, et six semaines après, sans qu'on pût rien constater du côté des organes génitaux, il apparut de l'albumine dans l'urine. Il y avait une dypsnée vive, des nausées et des vomissements prolongés. Ces accidents s'amendèrent avec le régime lacté, mais aujourd'hui encore on constate de l'albuminurie.

M. Tarnier pense qu'il s'agissait peut-être simplement d'une

infection puerpérale et que l'albuminurie n'en a été que la terminaison.

M. Charpentier répond que l'émission de l'urine et la montée du lait se faisaient normalement, que les lochies n'avaient pas d'odeurs et que ni les injections intra-utérines, ni le curettage n'ont modifié l'état de la malade. L'apparition tardive de l'albuminurie a fait penser à l'auteur qu'il s'agissait d'une néphrite, et probablement infectieuse, puisque, pendant six semaines, la malade a présenté des frissons très intenses.

(*Le Progrès Médical.*)

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE TRAITÉE PAR LA LAPAROTOMIE ET GUÉRIE PAR LES INJECTIONS DE SÉRUM DE CHIEN.

M. Pinard lit, au nom de M. Kirmisson et au sien, l'observation d'un jeune enfant de trois ans et demi, qui était atteint d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Le ventre mesurait 69 centimètres au niveau de l'ombilic et une première ponction avait donné 4 litres et demi d'un liquide jaune louche. Quelques jours après la ponction, le liquide s'était déjà reproduit ; la palpation ne donnait aucun renseignement.

M. Kirmisson pratiqua la laparotomie, le 22 avril, à la clinique Baudelocque ; le liquide fut évacué, la cavité abdominale fut largement lavée avec une solution stérilisée saturée d'acide borique. Le péritoine pariétal et viscéral, l'épiploon étaient farcis de granulations tuberculeuses. Après ce lavage, le ventre fut refermé ; il n'y eut, après l'opération, aucune suite immédiate, aucune réaction, mais le liquide se reproduisit. Six semaines après, M. Pinard pratiqua une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de sérum ; à la deuxième injection, le liquide commençait déjà à se résorber, la guérison survint rapidement à la suite d'injections peu nombreuses. M. Pinard présente au Congrès le jeune enfant, qui paraît jouir de la santé la plus florissante.

M. Semmola combine l'iodoforme pris à l'intérieur à doses progressives avec les injections de sérum de chien.

DES INJECTIONS DE SÉRUM DE CHIEN CHEZ LES ENFANTS NÉS DE MÈRES TUBERCULEUSES OU ATTEINTES DE FAIBLESSE CONGÉNITALE.

M. PINARD a appliqué sur les nouveau-nés le traitement imaginé par MM. Richet et Héricourt. Le 5 mars 1881, il injecte deux enfants nés avant terme de mères tuberculeuses. L'injection était de 1 centimètre cube, elle ne produit aucune réaction fébrile ou douloureuse, les injections furent répétées tous les deux jours. Les mères de ces deux enfants moururent de tuberculose, l'une le neuvième jour, l'autre le dix-septième jour après l'accouchement. La premier enfant pesait 2 k. 600 au moment de l'accouchement ; dans les jours qui suivirent, il descendit à 2 k. 300, mais sous l'influence du traitement il remonta rapidement à 2 k. 680. Le deuxième enfant ne pesait, au moment de la naissance, que 1 k. 530 ; après être tombé à 1 k. 200, il atteignit 1 k. 520.

L'action bienfaisante de l'injection est immédiate ; il se produit une excitation manifeste de la nutrition. Aussi, encouragé par ces résultats, M. Pinard applique-t-il ces injections de sérum à tous les enfants pesant moins de 2 kilogs au moment de la naissance et en état de faiblesse congénitale, qu'ils soient ou non nés de parents tuberculeux. Actuellement l'expérience lui a démontré qu'il y avait intérêt à augmenter les doses ; il les a élevées à 2 centimètres cubes ; il rapproche également l'intervalle des injections ; c'est ainsi que, dernièrement, un nouveau-né a reçu vingt-cinq injections de 2 centim. cubes en vingt-cinq jours.

M. Pinard a traité, aujourd'hui, vingt et un enfants de la sorte, il a dû enregistrer quatre morts ; il ne veut pas se prononcer d'une façon définitive sur la valeur absolue de ces injections dans le cas particulier ; mais il peut, dès maintenant, conclure qu'à côté de la couveuse et du gavage, méthodes si précieuses, il s'est ajouté un auxiliaire puissant.

(Jour. d'accouchements.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 25 juillet 1891.

DILATATION FORCÉE DE LA MATRICE DANS LA PELVI-PÉRITONITE ET CURETTAGE DE L'UTÉRUS.

M. Soupart, de même que M. Thiry, se proclame l'adversaire de l'empressement à opérer. Il est, comme son honorable collègue, le champion de la chirurgie conservatrice dans tous les cas où elle peut raisonnablement être appliquée. S'il prend aujourd'hui la parole, dit-il, ce n'est que pour atténuer quelque peu la sévérité du réquisitoire que M. Thiry a formulé à l'adresse des jeunes chirurgiens de l'école actuelle, à propos du curettage de l'utérus.

La chirurgie conservatrice ne doit pas porter le praticien à exposer le sujet à des misères interminables et qui rendent la vie insupportable. Pour la satisfaction, en perspective, d'un succès possible par l'emploi de certains moyens longs et incertains dans leurs résultats, il ne faut pas rejeter *a priori* tel autre moyen, d'un succès plus certain et plus prompt. C'est à ce point de vue et dans cet ordre d'idées que M. Soupart déclare envisager les opérations applicables à l'utérus et à ses annexes. Il constate, d'après les faits nombreux enregistrés, que le curettage de l'utérus, précédé de la dilatation lente et progressive du col de cet organe, est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. Si des revers ont eu lieu, si des fautes même ont été commises, l'opération n'en est pas responsable ; n'en est-il pas ainsi, dit-il, de toute opération et des choses les meilleures ? Faut-il pour cela enrayer l'initiative du chirurgien qui, dans le fort de sa conscience, de sa conviction et de l'expérience acquise, se décide à opérer en s'entourant de toutes les précautions recommandées et en usant de toute la prudence que la situation exige ? M. Soupart est d'avis que la question ainsi posée est censément résolue.

M. Titeca esquisse à grands traits l'opération de la dilatation forcée et du curettage de l'utérus, telle qu'il l'a vue pratiquer avec une constante et parfaite innocuité. Il apporte, à l'appui de son dire, les témoignages, aussi nombreux que concluants, de spécialistes dont le nom fait autorité, et prouve ainsi qu'en Amérique, en Allemagne, en Russie, en France, en Suisse, partout

dans les deux mondes, les gynécologistes les plus éminents ont admis aujourd'hui le curettage de l'utérus dans leur pratique courante.

Les recherches auxquelles M. Titeca s'est livré l'ont amené à grouper les nombreuses indications de la curette sous trois chefs bien distincts :

1° L'endométrite chronique, dans ses diverses formes ; 2° la rétention placentaire ; 3° le cancer utérin.

S'appuyant d'une part sur la nature microbienne de l'inflammation, et d'autre part sur la connaissance anatomique précise du siège et du mécanisme des lésions secondaires, l'orateur fait remarquer que l'endométrite provoque successivement la métrite parenchymateuse, des foyers de périmétrite et de paramétrite, la cellulite pelvienne, la pelvi-péritonite, la salpingite, l'ovarite, etc.

Ce qu'il faut combattre avant tout, dit-il, c'est le microbe ; la cause enlevée, l'effet cessera. A son avis, le curettage, complété par un traitement antiseptique post-opératoire, remplit le mieux cette indication. Il est du reste sans danger. Est-ce à dire qu'il faille ériger cette opération en méthode générale ? Aucun gynécologue n'a émis pareille prétention.

Les contre-indications sont de deux sortes : les unes, admises par tout le monde (état inflammatoire aigu de l'utérus, hormis l'endométrite puerpérale septique ; les autres, contestées par certains (lésions récentes de péri ou de paramétrite).

Abordant ensuite la question de la dilatation forcée dans la pelvi-péritonite, M. Titeca, après avoir dit ce qu'il faut entendre par dilatation forcée et comment on l'obtient, passe en revue les diverses indications de cette opération, étroitement liée, dans la pratique, au curettage de l'utérus.

En résumé, dit-il, le curettage est inoffensif, efficace et curatif. Il réussit là où toute autre médication intra-utérine a échoué. Sans vouloir en faire le traitement systématique de toute endométrite, on y aura recours dès que celle-ci aura résisté aux moyens usuels mis en œuvre pendant une ou deux périodes intermenstruelles.

La rétention partielle ou totale du placenta, après l'avortement ou l'accouchement à terme, constitue l'indication la plus fréquente d'une intervention par la curette.

Faite avec les précautions antiseptiques usuelles, cette intervention est absolument sans danger. Elle facilite l'involution utérine, préserve de l'endométrite *post abortum* (*partum*) et, dans la suite, met à l'abri des avortements à répétitions.

Le curettage est aussi indiqué chaque fois que le cancer, par suite de ses extensions, est reconnu inopérable, c'est-à-dire quand l'hystérectomie totale ou partielle est impossible. L'évidement est alors une ressource ultime, un véritable bienfait, une charité qu'il serait cruel et inhumain de refuser aux malheureuses, qui sont un objet de dégoût pour les autres et pour elles-mêmes.

Pour le cancer limité au col, sans extension au corps de l'utérus ni à ses annexes, l'hystérectomie partielle ou totale est nettement indiquée.

M. Titeca finit par ces paroles prophétiques de Doléris : « Ceux qui proclameront l'innocuité du curettage, peu nombreux aujourd'hui, s'appelleront légion demain. »

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

(*Journal d'accouchements.*)

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 11 *juillet* 1891.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE ET SES COMPLICATIONS

M. Lebon (Bruxelles). — L'endométrite n'est qu'un chaînon de cette traînée inflammatoire que l'on appelle l'inflammation des organes génitaux de la femme. Rien n'est plus fréquent que ces inflammations, qui se distinguent toutes par leur grande tendance à s'étendre. Cette extension est même si fréquente qu'il est impossible de séparer l'étude de l'endométrite simple de celle de ses complications, sans s'exposer à des redites, parce que le traitement des différentes formes d'une même inflammation présente souvent des indications communes et se confond en plus d'un endroit. En se plaçant au point de vue du traitement, l'auteur distingue l'endométrite simple et l'endométrite prolongée.

1. — *Endométrite simple.* — Elle forme le trait d'union entre les maladies graves et les maladies bénignes du tractus génital. Tout praticien doit savoir la traiter et la guérir. Le grand nombre de salpingites et ovarites que l'on relève encore dans les

cliniques, prouve que le traitement chirurgical, le seul recommandable, est souvent négligé, peut-être à cause de ce fait que la gynécologie exige des installations spéciales. L'auteur présente une *table* et des *relève-jambes*. La table en chêne sculpté est recommandable par son bas prix.

2. — *Endométrite prolongée.* — Afin de mieux indiquer la source de l'inflammation, l'auteur comprend sous ce nom la salpingite, l'ovarite, la périmétrite, la pelvi-péritonite.

Comment faut-il traiter l'endométrite lorsque l'inflammation utérine s'est étendue aux organes de la cavité pelvienne ?

Faut-il suivre l'inflammation pas à pas, c'est-à-dire traiter d'abord l'endométrite, ou bien suivre le chemin inverse, c'est-à-dire pratiquer d'emblée la laparotomie pour agir directement sur les multiples lésions de la cavité pelvienne ? L'état des annexes doit guider la conduite du chirurgien.

L'auteur pense qu'il est possible de diviser la marche des multiples inflammations dont le petit bassin est le siège en deux temps ou périodes. La première période — qu'il appelle période salpingienne — est celle où les symptômes de la tubo-ovarite dominent la situation.

La seconde période, ou période ultime ou cachectique, est celle où tous les organes du petit bassin intimement unis ou adhérents prennent l'aspect de masses informes.

A la période de cachexie, deux voies sont suivies pour atteindre les lésions inflammatoires de la cavité pelvienne : la voie vaginale et la voie abdominale.

La voie abdominale n'est pas recommandable à cette période, parce que la tumeur n'est plus énucléable et que la femme très affaiblie et épuisée résiste mal au shock opératoire. Il faut excepter toutefois ces cas où la tumeur est manifestement abdominale et où il est possible d'établir le drainage en suturant les parois de la poche à la paroi abdominale.

L'incision vaginale a donné parfois d'excellents résultats.

L'extirpation utérine est la meilleure opération à cette période, parce qu'elle crée une large voie d'écoulement au pus. Péan recommande dans ces cas l'hystérectomie par morcellement. Il est difficile de dire l'avenir que l'expérience réserve à cette opération, qu'il convient d'accueillir avec une extrême réserve. Si elle donne parfois de brillants résultats, elle expose souvent à de grands

revers. L'opérateur saisissant des tissus en aveugle à l'aide de longues pinces doit fatalement blesser parfois des organes importants, tels que la vessie, les uretères, l'intestin.

A la période salpingienne, deux cas peuvent se présenter : ou bien il existe à côté de l'utérus une tumeur manifeste, ou bien il y a absence de tumeur (salpingite kystique et salpingite non kystique).

Si la salpingite est kystique, il faut pratiquer sans hésitation l'ablation de la trompe malade.

S'il y a absence de tumeur, même dans les cas de pyosalpingite, le traitement sera primitivement expectant. Le curettage utérin et le massage sont parfois suivis d'améliorations notables qui ont même les apparences d'une guérison définitive. Peut-être la suractivité nutritive provoquée à l'intérieur de la cavité utérine par l'intervention chirurgicale, en retentissant sur les trompes, est-elle capable d'y créer un milieu défavorable à la culture des microbes. Lorsqu'il s'agit d'une inflammation spécifique, il faut être sur ses gardes, car les récidives sont fréquentes.

En tout état de cause, si l'endométrite récidive accompagnée de nouvelles poussées inflammatoires dans la cavité pelvienne, il faut enlever les trompes malades, même en l'absence de tumeur.

DE L'HYSTÉRECTOMIE PAR MORCELLEMENT DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES.

M. Jacobs (Bruxelles). — La symptomatologie et le pronostic des affections tubaires sont aujourd'hui bien déterminés. Pour ce qui est de la thérapeutique, on doit considérer l'intervention radicale comme le procédé de choix. Jusque dans ces derniers temps, j'étais partisan de l'opération par la voie abdominale. Mais j'ai rencontré récemment des cas dans lesquels l'affaiblissement de la malade était devenu tellement considérable, qu'une laparotomie eût été fatale dans ces conditions. C'est ainsi que j'ai opéré quatre cas de suppuration pelvienne par la méthode du morcellement utérin. Dans les deux premiers, les résultats obtenus sont des plus encourageants ; la troisième malade est encore en traitement ; quant à la quatrième, elle a été opérée il y a quelques jours.

Le premier cas est relatif à une femme de 26 ans, qui vint me consulter au mois de mars. Les règles avaient toujours été régulières, mais cinq ans auparavant elle avait souffert d'un accès de péritonite aiguë qui l'avait tenue au lit pendant dix semaines. Depuis lors elle présentait des pertes purulentes utérines et souffrait de douleurs lombaires. Il y a deux ans, elle avait été en outre atteinte de gastro-entérite. Elle en était aussi arrivée à un degré d'amaigrissement très prononcé. Le col était petit, légèrement ramolli et le corps en antéflexion. La fosse iliaque gauche était remplie d'une tumeur qui semblait faire corps avec l'utérus et qui était adhérente au sacrum. Je fis l'opération par morcellement le 1er avril. Aujourd'hui la femme est guérie.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 22 ans qui portait un kyste purulent du ligament large. Je lui fis la laparotomie, mais le liquide purulent s'était répandu dans le ventre : je fis le lavage du péritoine et fermai le ventre sans le drainer. Quelques semaines après, je constatai l'existence d'une pyosalpingite de l'autre côté, avec adhérence de la matrice à la poche utérine ; je proposai une seconde laparotomie, mais celle-ci ne fut pas acceptée. Le morcellement a amené la guérison.

La troisième femme souffrait depuis très longtemps de péritonite chronique et était devenue cachectique. Elle était atteinte d'une pyosalpingite double avec suppuration de tout le tissu cellulaire du bassin, et d'une fistule rectale. L'opération a bien marché, mais il sort actuellement des matières fécales par le vagin. J'espère que cette fistule se fermera.

La dernière malade était atteinte d'une pyosalpingite double. La laparotomie a été faite il y a un an, mais elle n'a pu être qu'exploratrice, à cause des adhérences très nombreuses. De nouvelles poussées s'étant reproduites, je procédai au morcellement il y a quelques jours. L'état actuel est bon.

Cette opération est assez facile et peut s'appliquer à un certain nombre de cas.

UN CAS DE CHUTE TARDIVE D'UN MOIGNON UTÉRIN (*présentation de la pièce*).

M. LAURENT (Bruxelles). — Ce moignon a le volume d'une pomme ordinaire et présente une consistance cartilagineuse ;

il est complètement momifié (traitement de la plaie par l'acide tannique et l'iodoforme). Il provient d'un utérus que j'ai amputé, il y a trois mois, pour fibrome. Le pédicule a été suturé à la paroi abdominale ; c'est à son épaisseur qu'il faut attribuer la chute si tardive (il y a deux jours) du moignon. Ce cas n'est pas signalé par les auteurs.

(*Journal d'Accouchements.*)

REVUE DE LA PRESSE

TROUBLES SYMPATHIQUES DU CŒUR DANS LES MALADIES DE L'UTÉRUS.

On admet d'une façon certaine le retentissement des affections du tube digestif sur le cœur, ainsi que celui des affections du foie et du rein. Les troubles sympathiques dans le cas de maladies de l'utérus sont moins connus, bien qu'ils aient été décrits par divers auteurs et spécialement par M. Teissier (de Lyon) et Fabre (de Marseille). Mademoiselle Roussel vient d'étudier ces manifestations dans sa thèse en citant quelques nouvelles observations.

Les affections utérines qui retentissent sur le cœur sont surtout celles qui produisent des troubles anémiques intenses et qui sont douloureuses. Les grandes tumeurs pelviennes, les kystes ovariques, surtout s'ils se compliquent de phénomènes inflammatoires, les endométrites, les salpingites, les néoplasmes de l'utérus sont une cause active de désordre cardio-vasculaires. Il en est de même des métrites, des pelvi-péritonites, etc.

Les accidents cardiaques, au cours des affections utérines, sont susceptibles de revêtir diverses formes. On peut les diviser en quatre catégories, division qui d'ailleurs est toute artificielle, car toutes ces formes peuvent se fondre les unes dans les autres.

La première forme est le type asystolique ; les malades ont de temps en temps les jambes enflées, de la dyspnée, et tous les signes de l'insuffisance tricuspidienne ; c'est en somme le tableau de l'asystolie gastro-hépatique.

Le type arythmique est une seconde forme dans laquelle le cœur est accéléré, avec irrégularités et exagération des battements. Les palpitations surviennent par accès, s'accompagnent de dyspnée, d'angoisse, et constituent un trouble fréquent au moment de l'époque

menstruelle, même chez les femmes bien portantes au point de vue utérin.

Le type syncopal peut présenter tous les degrés de la défaillance cardiaque depuis la lipothymie jusqu'à la syncope complète. Celle-ci peut même aller jusqu'à la mort subite. Des palpitations se produisent, puis un léger étourdissement survient qui oblige la malade à s'asseoir ou à s'allonger. Les malades qui présentent ce type sont en général des anémiées, quelquefois des nerveuses. On peut rapprocher de ce type une forme spéciale d'accidents consistant dans des rougeurs subites avec bouffées de chaleur qui se manifestent chez certaines malades, accidents précédés eux-mêmes de défaillance et de pâleur.

Enfin le type latent est peut-être le plus fréquent, les accidents cardiaques sont peu marqués, mais une auscultation attentive permet de reconnaître un bruit pré-systolique ou un rhythme de galop et on peut reconnaître que le cœur est dilaté.

La caractéristique de tous ces accidents, c'est qu'ils peuvent disparaître rapidement à la suite de la guérison de l'affection utérine. C'est là aussi le criterium du diagnostic qui est quelquefois fort difficile en raison surtout de la confusion possible avec les accidents cardio-brightiques, ou certaines fausses chloroses brightiques. Mais le point important est de savoir que des accidents de ce genre peuvent exister et que chez certaines cardiaques l'attention doit se porter du côté des organes utérins.

(*Jour. de méd. et de chir. prat.*)

TROUBLES CARDIAQUES DE LA MÉNOPAUSE.

Le Dr Kisch (de Berlin) a étudié cette question dans un mémoire analysé par la *Revue des sciences médicales*.

Chez les femmes arrivées à l'âge critique, Kisch a observé 3 espèces de troubles cardiaques.

1° La *tachycardie paroxystique*. — Les accès ne durent en général que quelques minutes, mais peuvent se reproduire plusieurs fois dans la même journée. L'amélioration et l'augmentation d'énergie des battements cardiaques causent à ces femmes une sensation très incommode ; elles éprouvent de l'angoisse, de la compression du thorax, des battements carotidiens, des pulsations de l'aorte abdominale, des bouffées de chaleur à la face, une vive céphalalgie ;

parfois il s'y joint des bourdonnements d'oreille et des étourdissements, rarement une syncope.

Habituellement, on observe en même temps de l'agitation physique et intellectuelle, de l'inaptitude à toute occupation régulière, un sommeil pénible, entrecoupé de rêves, et généralement une grande excitabilité nerveuse. Les malades de Kisch, loin d'être anémiques, étaient plutôt pléthoriques ; leur sang contenait une proportion d'hémoglobine de 110 à 120, tandis que 93 est le chiffre normal chez les femmes. Elles n'avaient ni dyspnée, ni asthme cardiaque, ni albuminurie ; dans quelques cas seulement, de l'œdème des pieds. Kisch a obtenu de bons résultats d'un traitement consistant dans l'emploi systématique des laxatifs, d'un régime léger, d'exercice corporel régulier, des lotions froides et d'enveloppements humides du bas-ventre.

Il s'agit là d'une névrose consistant plutôt en une irritation des nerfs extra-cardiaques excito-moteurs qu'en une parésie des filets nerveux antagonistes ; ce qui le prouve, c'est l'énergie de l'impulsion cardiaque, la régularité des battements et la coexistence d'autres troubles des nerfs vaso-moteurs.

Pour Kisch, cet état d'excitation est sous la dépendance des modications qu'il a décrites dans les ovaires à l'époque de la ménopause et qui se caractérisent par l'hyperplasie du stroma. Des troubles identiques s'observent à la suite de la castration chez les femmes, ainsi que l'a signalé L. Glaevekce.

Moon a également publié un cas de tachycardie à la suite d'une cessation brusque des règles.

2° La *faiblesse cardiaque*, moins fréquente, mais plus sérieuse. Elle atteint en général des femmes frêles qui ont été chlorotiques à la puberté, anémiques plus tard et chez lesquelles l'âge critique s'accompagne de ménorrhagies profuses, ou bien encore des femmes qui ont toujours été très abondamment menstruées, qui ont eu des accouchements répétés et difficiles, ou des avortements qui les ont affaiblies.

3° La *surcharge graisseuse* du cœur en rapport avec la tendance à l'embonpoint qui caractérise la ménopause. Chez les femmes l'oppression et les palpitations ne surviennent guère qu'à l'occasion de mouvements corporels un peu énergiques, ou après les repas, mais ces troubles cardiaques liés à l'obésité sont toujours beaucoup moins marqués que chez les hommes.

(*Jour. de méd. et de chir. prat.*)

GROSSESSE A CINQUANTE-NEUF ANS.

Observation communiquée à la Société médicale du VIe arrondissement de Paris (séance de mai 1891).

Par le Dr E. Depasse, vice-président de cette Société.

Dans le courant du mois d'août 1889, je reçus à mon cabinet la visite d'une dame âgée, à cheveux gris, et paraissant avoir de cinquante-trois à cinquante-cinq ans. Sa démarche, la proéminence de son abdomen me firent diagnostiquer à distance une tumeur abdominale. Cette dame me raconta que son ventre avait beaucoup grossi depuis plusieurs mois, qu'elle avait vu déjà deux médecins qui lui avaient annoncé qu'elle avait, l'un, une tumeur fibreuse, l'autre, plus hésitant, pensait à un kyste, mais tous deux avaient proposé une opération, et déjà on avait pris jour avec un de nos plus célèbres opérateurs. Mais avant de se laisser opérer, elle désirait avoir un troisième avis. J'examinai alors la malade et pensais aussi, d'abord, à une tumeur fibreuse intra-utérine, car très certainement la matrice était énorme et devait faire corps avec la tumeur ; mais pendant mon examen, il me sembla percevoir un espèce de déplacement curieux, de mouvement actif dans la matrice. Je fis placer la malade debout et un ballottement très net devint perceptible. De plus en plus étonné, je priai la malade de se recoucher et auscultai avec soin. Un cœur battait dans le ventre à n'en pas douter. J'examinai les seins, ils étaient encore très bien développés, malgré l'âge de la malade, et assez lourds.

La santé générale excellente.

Après un examen deux fois répété (tant je croyais être l'objet d'une illusion), le doute n'était pas possible. La malade n'avait pas de tumeur, mais *était enceinte* de quatre mois au moins.

Je lui dis mon opinion avec force ménagements et lui demandai alors qu'elle me racontât son histoire, puisqu'elle m'avait été présentée comme veuve depuis vingt ans.

On se moqua d'abord de moi, puis j'appris que cette dame, très bien conservée, très bien portante, très appétissante encore, avait un amant depuis quelque temps, lequel amant, âgé de vingt-huit ans et faisant le commerce de la boucherie, était enchanté d'avoir une maîtresse qui rachetait ses trop nombreuses années par un désintéressement absolu, et un confortable, un luxe qu'il n'aurait jamais osé espérer.

Cette dame ajouta qu'elle avait cinquante-neuf ans et un mois, qu'elle avait une fille mariée, âgée elle-même de quarante ans, qu'elle avait cessé d'être réglée à cinquante ans environ. Le 21 décembre 1889, elle accoucha d'un gros garçon ; elle avait alors cinquante-neuf ans et cinq mois. Je suis sûr de son âge auquel je ne croyais pas moi-même ; mais j'ai eu entre les mains l'acte de naissance. La dame put nourrir son enfant, qui se développa très bien, et elle le sevra le jour même de sa soixantaine.

Les grossesses aussi tardives sont très rares, et j'ai cru intéresser les lecteurs de ce journal en leur racontant celle que je viens de relater ; quant aux allaitements à soixante ans, et même au delà, il y en a plusieurs exemples dans la science. (Voir *Dictionnaire encyclopédique*). (*Gazette de Gynécologie.*)

MORTALITÉ DES NOURRISSONS CONFIÉS A DES NOURRICES N'AYANT QU'UN SEIN UTILE.

On sait qu'il existe un certain nombre de femmes chez lesquelles, pour une cause quelconque, un des seins est atrophié et ne fonctionne plus, en tant qu'organe glandulaire. Chez ces femmes, il n'y a donc plus qu'un seul sein pouvant servir à la lactation. Théoriquement, on pourrait admettre que chez elles la sécrétion lactée est diminuée de moitié, mais en réalité il n'en est pas ainsi, l'autre sein étant le siège d'une augmentation de volume et de suractivité fonctionnelle. On pouvait donc se demander si cette hypertrophie était suffisante pour suppléer complètement la glande atrophiée, en d'autres termes, si une nourrice chez laquelle un seul sein fonctionne pouvait allaiter un enfant aussi bien et sans plus de danger, qu'une femme dont les deux seins sont en état régulier de fonctionnement.

A ce point de vue, M. Sabatier vient de publier dans le *Lyon médical*, les résultats d'une enquête qu'il a faite sur ce sujet, enquête dont voici les conclusions :

Du 1er juillet 1889 au 31 décembre 1890, dans un grand service départemental, j'ai vu passer sous mes yeux 1,327 nourrices, dont 33 n'ayant qu'un sein apte à la lactation. Une d'elles fut renvoyée sans nourrisson ; les 32 autres paraissant suffisantes, furent acceptées. J'ai fait rechercher ce qu'il était advenu des enfants qui leur furent confiés, et j'ai appris que 15 d'entre eux étaient morts dès les premiers mois. Cela établit cette énorme proportion de 48 %.

Par comparaison et sans parti pris, j'ai fait une enquête parallèle sur les enfants confiés à 32 nourrices pourvues des deux seins, venues à Lyon et réparties aux mêmes jours que celles de la première série. Il n'y a plus ici que 9 morts, soit 28 %. Bien que l'on juge sans doute encore ce chiffre considérable, il est cependant malheureusement habituel.

En résumé, le rapprochement de ces deux séries montre nettement l'extrême danger de l'allaitement par un seul sein, même anormalement développé. Il est tel, qu'on doit presque l'assimiler à celui résultant de l'emploi du biberon. L'hypermégalie du sein utile n'est qu'une trompeuse apparence.

Conclusion pratique : il faut ou refuser catégoriquement les nourrices n'ayant qu'un sein, ou du moins avoir à leur égard une sévérité et une surveillance exceptionnelles.

(*Bull. méd.*)

SUR UNE CAUSE PEU CONNUE DE MORT APRÈS LES LAPAROTOMIES OU LES INTESTINS ONT ÉTÉ SORTIS DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

(Dr Fraipont.)

Il y a un certain nombre de laparotomies où il est nécessaire de faire sortir les anses intestinales de la cavité abdominale pour faciliter l'opération et permettre de la mener à bonne fin. Tels sont, par exemple, beaucoup de cas d'ovariotomie où on a affaire à de petites tumeurs, adhérentes aux organes du petit bassin, surtout si en même temps l'utérus se laisse attirer difficilement vers le haut, la plupart des salpingotomies et des castrations où les conditions sont identiques, enfin beaucoup de myomotomies.

On n'hésite plus autant aujourd'hui à retirer les anses intestinales de l'abdomen, parce que l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique a considérablement diminué les dangers d'infection qu'on redoutait tant et à si juste titre auparavant. *Martin* a même écrit que cette éventration était devenue tout à fait anodine ; qu'il y avait eu recours dans au moins 90 0/0 des cas qu'il avait opérés et qu'il n'en avait observé aucun désagrément. Fort de l'affirmation d'un opérateur aussi expérimenté, *Olshausen*, et, avec lui, quantité de chirurgiens, ont érigé en méthode l'éventration des intestins dans l'extirpation de tumeurs du petit bassin, petites et adhérentes.

Il y a un certain nombre de cas, et ils ne sont pas aussi rares qu'on

pourrait le croire, où se produisent, après ces laparotomies, des manifestations d'un collapsus menaçant, sans symptômes péritonitiques, et qui, après quelques jours, se terminent par la mort. On attribue alors la mort à la septicémie, au shock, à l'urémie et souvent l'autopsie elle-même ne vient rien apprendre de certain.

Quelquefois, déjà après l'opération, les malades restent dans un état de dépression, mais reprennent pourtant leur présence d'esprit, à l'encontre de ce qui se produit dans le shock. D'autres fois et ces cas sont les plus ordinaires, le collapsus n'arrive que le deuxième ou le troisième jour après la laparotomie, quelquefois même plus tard. Il se manifeste par la petitesse et la fréquence du pouls, parfois aussi, mais pas toujours, par une température au-dessous de la normale. Plus souvent pourtant il y a une élévation de la température qui se maintient jusqu'à l'agonie. Le sensorium reste intact : les sensations subjectives presque toujours sont bonnes. Les manifestations du côté du bas-ventre sont des plus importantes. Il y a du météorisme qui va en augmentant et atteint parfois des dimensions très grandes, alors qu'il y a fort peu de sensibilité à la pression.

Avec cela des vomissements d'abord rares, qui augmentent graduellement, pour ne cesser qu'à l'agonie. Par le rectum il ne s'échappe ni gaz, ni matières fécales. Quand ces symptômes abdominaux sont très accusés, le patient perd sa sensation de bien-être, pour commencer à souffrir. Il n'y a pas de vomissements de matières fécales, mais bien de matières bilieuses.

La mort survient, à moins que les symptômes ne soient vite arrêtés, un peu plus tôt ou un peu plus tard, mais du quatrième au dixième jour après l'opération.

On ne peut guère penser à une septicémie à cause du bien-être et de l'absence de fièvre des premiers jours, et aussi du manque de péritonite. Le shock aussi doit être écarté, parce que le sensorium se maintient intact pendant des jours entiers et aussi à cause de la marche lente de l'affection ; quant à l'urémie, il manque le coma, si on fait abstraction de toute la période de l'agonie. Les manifestations sont plutôt celles de l'ileus.

L'autopsie montre l'absence de péritonite et d'autres altérations septiques ; les uretères sont perméables, les reins tout à fait sains ; mais l'intestin est énormément dilaté, sans qu'il y ait nulle part de sténose ou de partie affaissée. Cependant il renferme souvent une grande quantité de liquide ; il est un peu partout coloré en rouge

bleu, et en plusieurs places on peut y distinguer des ecchymoses plus ou moins étendues; c'est surtout à l'estomac et à l'intestin grêle qu'on observe ces altérations.

Il s'agit, d'après cette description, d'une paralysie du tube digestif, dont le résultat final est une distension énorme de tout le canal. Il se produit des mouvements antipéristaltiques du segment supérieur, parce que les liquides qui sont toujours ingurgités ne sont pas résorbés et ne peuvent pas avancer à cause de la paralysie de la musculature.

La mort survient alors comme le plus souvent dans l'étranglement interne, c'est-à-dire par la décomposition du contenu de l'intestin et la production de substances toxiques qui passent dans le torrent circulatoire.

Olshausen croit donc que l'éventration plus ou moins longue des intestins dans les laparotomies, peut entraîner des modifications dans la circulation de la paroi de cet organe, qui se manifestent par une stase veineuse, une infiltration séreuse et enfin par la production d'ecchymoses. En même temps il se produit une paralysie de la musculature intestinale qui peut durer des jours, et qui, si elle ne disparaît pas, provoque les symptômes de l'ileus. Elle amène vraisemblablement la mort par résorption des produits de décomposition du contenu intestinal.

Il faut donc éviter, autant que possible, l'éventration dans les laparotomies, et si elle est absolument nécessaire, la faire durer le moins longtemps possible. (*La Pratique Médicale.*)

MENSTRUATION PRÉMATURÉE ET CANCER UTÉRIN PRÉCOCE.

M. Bernard, après avoir cité un certain nombre de faits prouvant que la menstruation précoce peut s'établir dès la première semaine de vie, mais qu'elle survient surtout de un à deux ans, rapporte l'observation d'une dame chez laquelle le premier écoulement sanguin fut noté à l'âge de trois semaines. Dès lors, la menstruation fut régulière tous les mois et s'accompagna des troubles qui lui sont ordinaires. A l'âge de neuf ans, elle fit une chute assez élevée, et les règles disparurent, pour se montrer de nouveau, définitivement, à douze ans. Elle fut mariée à vingt ans et n'eut pas d'enfants. Il est à noter que, malgré l'écoulement sanguin, le développement des organes génitaux ne se fit qu'à l'époque normale.

Au commencement de 1886, il se développa un épithéliome du col utérin, et la malade a succombé, il y a quelques mois, à l'âge de 28 ans 1/2. L'auteur rapproche l'une de l'autre la menstruation prématurée et l'apparition du cancer plusieurs années avant l'âge de prédilection. (*Gazette de gynécologie.*)

MENSTRUATION ET PHTISIE,

Par Handfort.

Dans sa thèse soutenue à la Faculté d'Edimbourg, l'auteur a étudié et démontré les rapports qui existent entre la menstruation et la phtisie. Ses observations personnelles l'ont conduit aux conclusions ci-après :

1° La menstruation qui se déclare de bonne heure et dans des proportions abondantes est la principale cause d'une prédisposition à la phtisie ;

2° Les filles de parents phtisiques sont ordinairement réglées de bonne heure et abondamment.

L'aménorrhée ne survient que plus tard, dans les périodes tardives de la phtisie, pour les mêmes raisons, et comme on l'observe dans la plupart des grandes maladies.

L'auteur voit dans ces pertes de sang une cause de dénutrition et par suite l'explication du développement facile de la tuberculose chez les jeunes filles réglées prématurément. Aussi conseille-t-il de faire son possible pour les retarder ou de les arrêter dès qu'elles offrent un caractère d'*abondance anormale.* (*Journal d'obst. et de gyn. de Saint-Pétersbourg.*)

LEUCOPLASIE VAGINALE,

Par Reclus.

D'une leçon ayant pour titre : « Leucoplasie et cancroïde des muqueuses buccale et vaginale » publiée par M. Reclus dans la *Gazette des hôpitaux*, nous extrayons le passage suivant :

Le cinquième fait est plus important et sa localisation beaucoup plus rare, car la leucoplasie n'a pas encore été décrite là où j'ai eu l'occasion de la voir, quoique quatre cas au moins aient été déjà signalés. Il s'agit d'une leucoplasie de la muqueuse vaginale, chez une femme de cinquante-huit ans.

A l'âge de douze ans, l'existence de dartres vaginales avait vivement effrayé sa mère ; dartres pour lesquelles elle fut soignée pendant six ou sept ans. A vingt ans, elle se maria, elle n'eut pas d'enfants et n'a jamais éprouvé aucun trouble du côté de la matrice, de sorte qu'aucun médecin n'a jamais eu l'occasion de la visiter.

A cinquante ans, elle a commencé à éprouver de la raideur dans le vagin et à l'entrée de la vulve, le coït était douloureux. M. Hardy, consulté à cette époque, la traita par le chlorate de potasse. Le traitement fut inefficace, il en fut de même de celui de M. Besnier. Elle alla trouver ensuite M. Raymond qui me l'a amenée. L'affection dont elle était atteinte était un cancroïde de la grande et de la petite lèvre pénétrant dans le vagin et s'arrêtant en haut au niveau du clitoris et du méat. L'opération, que j'ai pratiquée au mois de décembre 1885, m'a forcé à enlever une masse énorme. Réunion par première intention, guérison.

Jusqu'en août 1886, la malade va bien, aucune altération ; à cette époque, je constate l'existence d'une petite plaque leucoplasique, épaisse, qui n'a pas les reflets argentés du début, mais l'aspect jaune verdâtre avec squames se détachant. Je parle de cautérisation ; la femme, très pusillanime, s'y refuse. En octobre, la tache n'a fait aucun progrès ; mais il n'en est plus de même au mois de mai de cette année. A cette époque, une tumeur ayant l'aspect d'une framboise avec ses irrégularités s'est développée sur la plaque leucoplasique. Il s'agit, sinon d'un cancroïde, tout au moins d'un papillome. J'opère immédiatement après avoir insensibilisé la région à l'aide d'une injection de cocaïne et j'enlève largement toute la plaque et un peu au delà : la tumeur était un épithéliome. Depuis lors, cette femme va bien, si ce n'est que, sur les limites de l'opération, on aperçoit une sorte de reflet argenté qui me fait redouter quelque récidive plus ou moins prochaine.

POSITION DE LA VULVE CHEZ LES FEMMES DE COULEUR.

Le docteur Raphaël Weiss a consigné dans la *Revista de Ciencias medicas* de la Havane, ses recherches sur la position comparée de la vulve chez les femmes blanches et chez les femmes noires. D'après ses mensurations sur des femmes de couleur, multipares, la distance moyenne du coccyx à la fourchette est de 5.6 centimètres, et celle entre la fourchette et la symphyse de 6.8 centimètres, ce qui donne

une distance de 1.8 centimètre entre l'anus et la fourchettte. Si l'on compare ces mesures avec celles données par Foster pour les femmes européennes multipares, à savoir 7.2, 4.7, et 2.2 centimètres, il est évident que la vulve occupe une position plus basse chez les négresses que chez les Européennes. Les mensurations prises sur les Européennes par le docteur Weiss diffèrent peu de celles prises par Foster. Il a constaté qu'une position très basse de la vulve chez les femmes blanches est très exceptionnelle, tandis qu'une position très élevée n'est pas rare, la distance cocci-vulvaire étant dans quelques cas de 8.6 centim. Chez les femmes de sang nègre sans mélange de sang blanc, il n'a jamais rencontré une position élevée, et quelquefois la position de la vulve était si basse que la fourchette occupait la place que l'anus occupe habituellement chez les femmes blanches. Ces différences anatomiques ont une conséquence fonctionnelle qui n'est point sans importance, c'est que, dans la parturition, la période de distension périnéale est beaucoup plus courte et moins douloureuse chez les femmes de couleur que chez les blanches. (*The Lancet*, 5 mai 1888.) — R.

LA GOUTTE UTÉRO-OVARIENNE ET SON TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL.

Il existe une goutte utéro-ovarienne comme il y a une goutte cardiaque ou gastrique, cela ne fait aucun doute. L'important est de savoir en reconnaître de bonne heure la nature, et de la traiter en conséquence. Or, Martineau, dans ses leçons, en a indiqué les caractères sous le nom de *métrite arthritique*, et quelques auteurs, parmi lesquels M. Legalcher-Baron, parlent d'une *métro-vaginite* et d'une *vulvite goutteuse*. Enfin tout le monde connaît maintenant, chez les goutteux, les dysménorrhées très douloureuses appelées *migraines utérines* par Jaccoud et Labadie-Lagrave.

D'une façon générale, les métrites goutteuses sont *sèches*, *douloureuses* et *congestives*, elles peuvent affecter la forme aiguë ou chronique. D'après le Dr Malboux (*Bul. de Thérap.*, 30 mai 1888), les eaux alcalines de Vichy, si souvent indiquées contre l'élément diathésique peuvent être nuisibles lorsque l'élément phlegmasique prédomine, en vertu du principe suivant : *l'existence ou la persistance d'accidents inflammatoires est une contre-indication formelle à l'usage des eaux de Vichy*. Les eaux sulfatées calciques froides (Capvern, Contréxeville, Martigny, Vittel, etc.), conviennent le plus souvent en raison de leurs propriétés

toniques, résolutives et sédatives. Mais, M. Malboux est trop exclusif, et les eaux chaudes sédatives de Néris, les eaux indifférentes de Plombières, les eaux lithinées de Royat, les eaux sulfurées faibles de Saint-Sauveur, Ussat, les boues de Dax, etc., peuvent encore être prescrites avec avantage. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

BLENNORRHAGIE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

Le Dr Bald termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Le gonocoque est le résultat, non la cause de l'inflammation blennorrhagique ;

2° Un écoulement muqueux simple ou blennorrhagie latente, comme on l'appelle, n'est pas infectieux ;

3° Seule une gonorrhée aiguë ou subaiguë peut provoquer chez la femme une affection de même nature, avec inflammation consécutive des annexes ;

4° La blennorrhagie latente de Saenger est un mythe ;

5° L'état puerpéral septique est la cause la plus fréquente des affections inflammatoires du bassin de la femme ;

6° Un quart seulement de ces inflammations doit être rapporté à une cause gonorrhéique. (*Med. Age.*)

CAS DE LIPOME DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE DROITE,

Par Fr. Parona.

Les tumeurs solides des annexes de l'utérus étant en général rares et les lipomes, en particulier, n'étant pas mentionnés dans les traités classiques, l'auteur croit devoir citer un cas observé par lui :

Femme de trente-sept ans, réglée à douze ans : métrorrhagies depuis trois ans, avec dysménorrhée et prostration complète. A l'examen, on trouve un fibrome utérin, gros comme une tête d'enfant, peu mobile, solidement uni à l'utérus. Vu l'état de la malade, l'auteur pencha pour la castration. L'extirpation des annexes gauches fut laborieuse à cause de leur situation profonde ; à droite, au contraire, une tumeur grosse comme une poire les mettait en évidence. Cette tumeur était attachée par son pôle supérieur au ligament large et par un pédicule formé par le péritoine à l'ovaire, tandis que la trompe était partiellement englobée dans la tumeur. De couleur orangée, de surface lisse, ferme, élastique, la tumeur était un lipome typique ; son poids était de 80 grammes.

La malade guérit sans incident, sauf une légère perte de sang les premiers jours après l'opération : aux troisième et quatrième mois, elle eut des métrorrhagies, et son fibrome, qui avait diminué de deux tiers, semblait montrer une tendance à augmenter de volume.

(*Ann. di Ost. e Gin.* et *la Clin.*)

NOUVELLES

—

CLINIQUE FRANÇAISE

ECOLE DE PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

30, Rue d'Assas, et 76, Rue de Vaugirard, Paris.

Grouper dans un même local, ouvert toute l'année, les diverses Cliniques générales et spéciales afin de faciliter aux Elèves et aux Médecins l'étude ou la revision rapides de la technique des différentes branches de l'art de guérir, tel est le but de l'Ecole de Pratique Médico-Chirurgicale.

L'ouverture des Cours aura lieu le 5 Novembre.

N. B. — Les Elèves sont priés de se faire inscrire au Secrétariat, tous les jours de 10 h. à 6 h.

PROGRAMME DES COURS ET DES CONFÉRENCES

Du Semestre d'Hiver 1891-1892

Lundi, Mercredi, Vendredi

8 h. Maladies de la Bouche et des Dents. — 10 h. Electrothérapie. — 1 h. Maladies de la Peau. — 1 h. Thérapeutique. — 2 h. Bactériologie. — 3 h. Chimie médicale et biologique. — 4 h. Vaccination (Mercredi). — 4 h. Maladies des voies urinaires. — 5 h. Hydrologie. — 5 h. Orthopédie. — Chirurgie des Enfants. — 6 h. Traitement de la Tuberculose. — 8 h. soir. Technique microscopique et diagnostic d'anatomie pathologique.

Mardi, Jeudi, Samedi.

10 h. 1/2. Maladies vénériennes. — 1 h. 1/2. Massage. Hydrothérapie. — 1 h. 1/2. Exercice d'auscultation (Jeudi). — 2 h. Maladies des Yeux. — 2 h. Larynx, Nez, Oreille. — 2 h. Hygiène. — 3 h. Chirurgie générale. — 4 h. Maladies nerveuses. — 4 h. Pathologie Générale. — 4 h. Maladies des femmes. — 5 h. Pathologie interne. — 5 h. Maladies des enfants. — 5 h. Accouchements. — 5 h. Massage Gynécologique.

Conférences complémentaires de Chirurgie, d'Histoire de la Médecine, etc.

—

ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Boissard.

—

ASSOCIATION SYNDICALE DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Les médecins

du département de la Seine viennent de fonder une Association analogue aux Associations fondées par les médecins étrangers et par les médecins de province, sous le nom d'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine. Elle a été autorisée par arrêté de M. le préfet de police en date du 17 juin 1891. Les syndicats des professions libérales n'étant pas encore reconnus par la loi, l'autorisation peut leur être accordée, mais seulement sur la demande d'un certain nombre de personnes des plus honorables. Ces syndicats datent même en France de plusieurs années, et ils étaient compris dans le Congrès des syndicats qui eut lieu en 1886.

Dès que l'autorisation fut accordée, une assemblée des membres signataires désigna le bureau définitif, et le président adressa au corps médical une circulaire qui, par suite de sa concision forcée, a prêté à quelques critiques erronées ou mal intentionnées.

C'est ainsi qu'en parlant du repos du dimanche, nous n'avions aucune intention d'interdire aux médecins les visites de ce jour, mais seulement de procurer un repos souvent nécessaire, tout en donnant aux malades des facilités plus grandes de trouver un médecin les jours fériés. Ce résultat peut être obtenu par un groupe de confrères s'entendant pour qu'il y en eût toujours un de garde — si l'on me permet le mot —, ce qui n'implique pas que les autres ne puissent faire des visites.

On a dit aussi que les médecins de cette Association s'engageaient à ne faire de visites qu'aux malades payants. Nous sommes presque obligés de voir dans cette observation un intérêt personnel, car les vrais pauvres trouvent toujours un médecin, et voudrions-nous qu'ils soient privés de soins, qu'à Paris cela serait impossible avec les services organisés tels qu'ils sont. Disons même que le pauvre a intérêt à s'adresser aux médecins chargés de ces services, car il a les médicaments gratuitement. Notre désir, c'est de ne pas voir les faux pauvres abuser de nous au détriment de ceux qui sont malheureux, et ne venez pas dire qu'il ne sont pas nombreux. La préfecture de police a été obligée de faire payer à ceux qui le pouvaient les visites de nuit. Les faux pauvres attendaient 10 heures du soir pour demander un médecin au poste de police. Les catégories de faux pauvres sont innombrables, et ils occupent souvent des positions brillantes qu'ils cherchent à dissimuler, et s'ils sont découverts, du coup ils ne possèdent plus rien, c'est leur femme qui les entretient. Nous n'insisterons pas ici, nous ne voulons donner qu'un exemple.

Ce que cette association se propose, c'est d'amener les médecins à se réunir et à se fréquenter, et par suite à s'apprécier, nous pensons qu'ainsi cesseront ces tristes rivalités qui se voient trop souvent entre confrères voisins, et naissent toujours d'un malentendu. C'est aussi de leur permettre de discuter toutes les questions qui peuvent les intéresser, et qu'il serait trop long d'énumérer. C'est, mieux encore, de leur permettre d'assurer leur avenir et celui de leur famille.

Et en cela nous ne voulons point faire de concurrence aux sociétés déjà fondées et qui ont rendu de grands services : l'Association générale des médecins de France, l'Association des médecins de la Seine, le Concours médical, l'Association médicale mutuelle contre les maladies ; nous espérons au contraire leur apporter une aide précieuse, tout en leur demandant l'appui confraternel que mérite notre jeune société.

Nous ne sommes pas une association de combat, nous sommes une association de concorde, nous ne formons pas un corps doctrinaire, nous demandons que chacun vienne discuter son opinion pour la faire prévaloir. Nous n'éliminons que l'homme taré, ce qui doit être bien rare dans le corps médical.

Si nous ne pouvons remédier à tous les maux, nous nous efforcerons à les soulager ; plus l'entreprise est difficile, plus il faut d'entente. Et pour cela, il est nécessaire que certains de nos confrères veuillent mettre de côté leur timidité et sachent bien qu'ils ont tout intérêt à se réunir à nous pour résoudre les questions qui les intéressent.

Nous souhaitons que ceux qui n'ont plus besoin d'aide se souviennent de leurs débuts, et songent aux revers qui peuvent survenir, que ceux qui jouissent d'une situation privilégiée comprennent que la fortune et les honneurs les obligent envers les moins heureux. Et nous espérons fermement que nous arriverons à former une association durable, les uns apportant leur bonne volonté, les autres leurs conseils et leur expérience.

Dr Launay,
Secrétaire général de l'Association syndicale des médecins de la Seine.

—

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort du Dr Bennett (de Menton), auteur d'un traité sur les inflammations utérines qui

fut, à juste titre, considéré comme une œuvre remarquable à l'époque de sa publication.

VARIÉTÉS

—

La malade fatale. — On écrit de New-York à la *Wiener Medizinische Presse* :

Il y a quelques années, une femme atteinte de catarrhe se présenta à « Manhattan Eye and Ear Hospital. » Elle fut admise dans le service des maladies du nez et du larynx du Dr Johnson, qui mourut fort peu de temps après que cette malade fût sortie de l'hôpital. Par suite de ce décès le Dr Pond prit la direction du service. Quelques mois plus tard la malade revint ; elle sortit guérie, et quelques jours après le Dr Pond mourut subitement. Dix-huit mois se passèrent. Mercredi dernier cette malade de fâcheux augure revint dans le service des maladies du nez et de la gorge, qui depuis avait été confié au Dr Philipps. Naturellement, celui-ci lui donna ses soins. Le soir même le Dr Philipps se montra encore à la « Métropolitain Médical Society » il alla se mettre au lit en annonçant qu'il ne se trouvait pas bien ; il mourut dans la nuit d'accidents cardiaques à l'âge de 38 ans. M. Ledermann prit le service lundi en se déclarant prêt à donner ses soins à cette malade sans la moindre crainte. Mais l'administration de l'hôpital fit mettre sur les registres, à côté du nom de celle-ci, la mention *the fatal patient* et donna l'ordre au personnel de l'éconduire si elle se représentait. Du reste, cette femme, informée du sort de ses premiers médecins, avait déjà exprimé la crainte que le Dr Philipps ne consente pas à la soigner.

—

Une somnambule extra-lucide. — Se souvient-on de Mme Auffinger, la somnambule extra-lucide qui avait annoncé qu'on retrouverait les assassins de Gouffé en Amérique ? Elle vient de comparaître en police correctionnelle sous l'inculpation d'exercice illégal de la médecine. Elle avait, moyennant finances, conseillé à la mère d'un garde municipal, atteinte d'une bronchite, d'absorber un sirop pectoral pour la composition duquel elle avait remis la recette suivante :

Conseils a suivre pendant dix jours : (*Sirop pectoral à faire soi-même.*) — Couper un radis noir en rondelles, ainsi qu'un ou

deux oignons, les étendre dans un saladier en les couvrant par couches de poudre de sucre candi, et laisser macérer trente-six à quarante-huit heures au plus. Passer au clair en exprimant le jus à travers un linge fin, conserver dans une bouteille et en prendre une petite gorgée lors des forts accès de toux.

Mme Auffinger recommandait également l'application de bouse de vache sur la poitrine. La somnambule n'était, du reste, pas seule poursuivie : son fils, Louis Auffinger, fondateur de la « Société magnétothérapique », qui l'assistait dans ses consultations, était assis à côté d'elle sur les bancs correctionnels.

Le tribunal leur a « appliqué » seize amendes de cinq francs chacune.

(*Progrès médical.*)

—

Age du mariage. — La direction des Affaires médicales, en Suède, vient de dresser un rapport dans lequel elle recommande au Gouvernement de reculer de deux ans (dix-sept ans au lieu de quinze) l'âge auquel les jeunes filles peuvent se marier.

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus principalement au point de vue historique et clinique** par le Dr F. Rossignol. Paris, 1890.

Voici les conclusions intéressantes de ce travail qui a pour base 34 observations cliniques que l'auteur a pu réunir, grâce à de consciencieuses recherches bibliographiques :

1° L'arrêt complet ou partiel de développement de l'utérus est toujours lié à une absence totale ou partielle de fusion des canaux de Muller et non à une anomalie du sinus uro-génital de Rathke.

2° Ces anomalies utérines s'accompagnent toujours d'anomalies analogues du côté du vagin.

3° L'absence complète de l'utérus n'est pas compatible avec la survie du sujet parce qu'elle s'accompagne d'anencéphalie, d'acardie, etc.

4° L'état rudimentaire de l'utérus peut se rencontrer, quoique rarement, chez des personnes vivantes.

5° Lorsque, chez ces personnes, les ovaires sont normaux, il peut survenir des troubles dysménorrhéiques tels qu'une intervention chirurgicale devienne nécessaire (cas de Léopold).

II. **De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes**, par le Dr C. Jacobs (de Bruxelles), Bruxelles, Lamertin. Août, 1891. (*Sera analysé.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

179. — Ligature des artères utérine et ovarienne pour combattre les hémorrhagies qui ont leur origine dans les ligaments larges, par Howard Kelly. — (Johns Hopkins. *Hospital Reports*. Analysé in *Centralblatt für Gynaekologie*, 1891, n° 22, p. 464). — Pour arrêter les hémorrhagies qui surviennent à la suite de l'incision des ligaments larges, Kelly applique une ligature sur les artères utérine et ovarienne du côté correspondant au voisinage immédiat de l'utérus. Il traverse la paroi de cet organe, ainsi que les deux feuillets du ligament large, avec une aiguille courbe, de façon à ce que l'orifice de sortie soit à 1 centimètre en dehors de l'orifice d'entrée. Si, après cela, le sang continue de couler par suite d'anastomoses vasculaires, Kelly procède à la ligature des vaisseaux homonymes du côté opposé.

L'artère ovarienne peut être facilement mise à jour dans le ligament infondibulo-pelvien, immédiatement au-dessous de l'orifice franchi de la trompe. Si la plaie du ligament large est béante, il y a lieu de craindre que des adhérences s'établissent entre cette plaie et des anses intestinales. Pour parer à ce danger, Kelly suture les bords de la plaie à l'utérus, ce qui, il est vrai, a pour conséquence d'amener le déplacement de l'utérus vers le côté correspondant.

***

180. — Le procédé de Kelly pour combattre les hémorrhagies dans la profondeur du bassin, par le Dr Noble. (*Medical News*, 1e novembre 1890, p. 449.)— Noble a eu recours, à plusieurs reprises, et avec succès, au procédé de Kelly (ligature des artères utérine et ovarienne), pour combattre des hémorrhagies graves qui avaient leur origine dans la profondeur du bassin. Aussi plaide-t-il en faveur de l'adoption de ce procédé.

***

181.—Teinture de belladone dans les premiers stades du travail.— Toutes les fois que, malgré les douleurs persistantes, l'orifice du col ne se dilate pas suffisamment (surtout chez les primipares), M. Asher recommande de donner toutes les heures ou même à des intervalles moins espacés, XX-XXX gouttes de teinture de belladone (jamais moins de XX gouttes sous peine d'échec). Dans les nombreux cas où il recourait à ce traitement, les résultats furent toujours excellents : diminution rapide des douleurs, dilatation énergique du col. La belladone est supérieure au chloral.

(*La Prat. méd.*)

***

182. — Teinture hémostyptique. — M. Fritsch emploie peu le seigle ergoté dans la pratique obstétricale, mais il en fait largement usage en gynécologie. Tout d'abord il prescrivait le seigle ergoté en pilules, en utilisant comme excipient le mucilage de gomme. Quand il s'agissait d'obtenir des effets prompts, il prescrivait le médicament dans une potion composée de seigle ergoté pulvérisé 10 gr., alcool 20 gr., eau chaude 500 gr., le tout devant être réduit par la coction à 200 gr., et additionné de sirop de canelle. Mais cette potion a le désagrément de détériorer l'estomac.

Depuis quelque temps, M. Fritsch emploie de préférence l'ergotine (Denzel), qui est bien tolérée par l'estomac ; il prescrit :

Ergotine..... } ââ 5 gr.
Seigle ergoté en poudre..... }

Pour f. s. a. pilules n° 100. A prendre 6 pilules dans le courant de la journée.

Cette médication a pu être continuée pendant des mois, sans inconvénients sérieux, souvent avec un succès éclatant, presque jamais sans résultat.

Dans les cas de dysménorrhée congestive (ménorrhagies), M. Fritsch a obtenu de bons résultats en prescrivant la mixture suivante :

Rec. Extrait d'hydrastis canadensis..... }
Ext. de gossipium..... } ââ 3 gr.
Ergotine..... }

Pour f. s. a. pilules n° 100. — A prendre 3 de ces pilules dans le courant de la journée.

Enfin, sous le nom de teinture hémostyptique, M. Fritsch a fait préparer une potion qui présente tous les avantages de celle indiquée en

premier lieu, sans être délétère pour l'estomac. — (*Ther. Mon.* et *Rev. thér. gén.*)

***

183. — Médication antipyrétique chez les enfants, par le Dr Demme, de Berne (*Ther. Mntsh.*, février 1891, p. 160.) — Cette médication doit être réservée aux cas où la température atteint 40° centigrades et se maintient à ce niveau. — Si la température oscille entre 38°5 et 39°5, on doit s'adresser plutôt aux bains à 23°, 28° centigr. (1 à 2 par jour) d'une durée de 5 à 10 minutes, qui ont une action sédative très marquée.

Dans la diphtérie, les affections éruptives et la pneumonie fibrineuse, il est préférable de s'abstenir. D'ailleurs, l'action des bains et des ablutions froides sur la tête doit être combinée avec celle des antipyrétiques.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, il administre soit le *salicylate de soude*, soit le *salol*; il donne la préférence à ce dernier corps dont la saveur n'est pas désagréable, et qui est bien supporté par l'estomac et combat activement la diarrhée lorsqu'elle existe.

Dose de salicylate de soude pour 24 heures :

Enfants de 3 à 4 ans.....	0 gr. 50 à 1 gr.
— de 5 à 10 ans.....	1 gr. à 2 gr.
— de 11 à 15 ans.....	2, 3, 5 gr.

Dose de salol — à prendre en 3 ou 4 cachets par 24 heures :

Enfants de 2 à 4 ans.....	0 gr. 25 à 0 gr. 33
— de 5 à 10 ans.....	0 gr. 50 à 0 gr. 75.
— de 11 à 15 ans.....	0 gr. 75 à 1 gr.

Fièvre typhoide. — Il a obtenu de bons résultats de l'emploi du *sulfate de thalline*, administré toutes les deux heures à la dose de :

Enfants de 3 et 4 ans.....	0 gr. 01.
— de 5 à 10 ans.....	0 gr. 02.
— de 11 à 15 ans.....	0 gr. 03 à 0 gr. 05.

Broncho-pneumonie. — L'*Antipyrine* est indiquée dans la première période des broncho-pneumonies ; on l'administre dans l'eau sucrée aromatisée avec quelques gouttes de cognac en 2 ou 3 doses à 1 heure d'intervalle :

Enfants de 3 à 4 ans..... 0 gr. 20 à 0 gr. 40
— de 5 à 10 ans..... 0 gr. 50 à 0 gr. 75
— de 11 à 15 ans..... 0 gr. 80 à 1 gr.

La *quinine* doit au contraire remplacer tous les autres antipyrétiques à la période terminale, lorsque l'élévation de la température répond à la fièvre hectique ; on la donne à la dose de :

Enfants de 2 à 4 ans..... 0 gr. 20 à 0 gr. 40
— de 5 à 10 ans..... 0 gr. 50
— de 11 à 15 ans..... 0 gr. 75 à 1 gr.

Phthisie pulmonaire. — Dans la fièvre de la tuberculose pulmonaire, l'auteur préconise l'*acétanilide* (*antifébrine*) ; son action est sûre et durable. Il donne 1 et 2 fois par jour la dose suivante :

Enfants de 2 à 4 ans..... 0 gr. 05 à 0 gr. 075.
— de 5 à 10 ans..... 0 gr. 10 à 0 gr. 20.
— de 11 à 15 ans..... 0 gr. 20 à 0 gr. 30.

La *phénacétine* abaisse bien la température, mais son action est moins durable et n'a aucune influence sur le processus morbide lui-même. Il est bon de l'administrer en une dose unique et massive, soit :

Enfants de 2 à 4 ans..... 0 gr. 10 à 0 gr. 20.
— de 5 à 11 ans..... 0 gr. 20 à 0 gr. 50.
— de 12 à 15 ans..... 0 gr. 50.

Ces deux derniers antipyrétiques donnent naissance à des exanthèmes et à de la cyanose de la face et des muqueuses, faits d'ailleurs bien connus.

(*Rev. du praticien*).

***

184. — Traitement des hémorrhoïdes. — Nous trouvons dans la *Médecine moderne* une formule qui a donné souvent de bons résultats dans le cas d'hémorrhoïdes douloureuses non procidentes :

Vaseline..... 15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gr. 20
Antipyrine..... 1 gr. 50
Salol..... 1 gramme
Cire. Q. S. pour consistance assez solide.

Appliquer dans l'anus 2 à 3 fois par jour gros comme une petite noisette.

Lorsque les hémorrhoïdes ont de la tendance à sortir, s'il n'y a pas de contracture du sphincter ou bien encore, après qu'il a été dilaté, on peut employer la pommade suivante aux mêmes doses :

Vaseline.....	20 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 15
Tanin.....	1 gramme
Extrait de ratanhia.....	0 gr. 50
Extrait de belladone.....	0 gr. 10.

Cire. Q. S. pour consistance assez solide.

Si l'on n'a pas soin d'ajouter dans ces pommades une certaine quantité de e, elles sont beaucoup trop fluides.

***

185. — Antipyrine dans la diarrhée des enfants. — M. le Dr Saint-Philippe indique dans le *Journal de médecine de Bordeaux* le traitement qu'il emploie pour la plupart des diarrhées infantiles et qui est basé sur l'usage de l'antipyrine. Il prescrit cette substance à la dose de 50 centigrammes délayés dans 50 grammes de sirop de fleur d'oranger et 50 grammes d'eau de tilleul — pour les enfants de un jour à six mois — et leur en fait prendre quatre, cinq, six, sept cuillerées à café par jour ou toutes les deux heures si le cas l'exige, en ayant le soin de la leur faire absorber un quart d'heure avant la tétée. De six mois à un an, il porte la dose à 1 gramme et, de un an à trois ans, à 1 gr. 50 c. et 2 grammes, ce qui fait 10 ou 20 centigrammes environ pour les tout petits et 60 ou 80 pour les plus âgés. Il ne joint jamais aucun autre médicament actif. Parfois, quand il y a lieu de redouter la forme cholérique, il remplace la fleur d'oranger par le sirop de punch.

Les enfants prennent le médicament très aisément et sans répugnance aucune. Jamais il n'a produit, à cette dose, le plus petit accident. La sécrétion urinaire, qui est très abondante chez l'enfant, n'en subit aucun dommage, sauf une légère diminution. Quand il y a des vomissements, ce sont eux qui s'arrêtent d'abord ; vient ensuite la diarrhée, qui se ralentit assez vite pour qu'on puisse ralentir parallèlement le remède. Le résultat est donc rapide et saisissant. En fait

de contre-indication, il n'y a que l'insuccès, qui se montre quelquefois et qui commande une modification dans la méthode.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

***

186. — Un cas de curage de la cavité utérine pendant la période puerpérale. — Le Dr Petrow recommande le curage de l'utérus dans la métrite à la suite de couches. Le lavage intra-utérin est insuffisant, comme l'a établi le travail de Auvard. Les recherches de Bergmann ont démontré que, par les injections, on repousse même dans l'intérieur du tissu les éléments organiques que l'on veut évacuer. L'opération elle-même est facilitée, dans la période puerpérale, par ce fait que la dilatation préalable du col n'est pas nécessaire. Quant à l'objection que, dans cette période, il y a danger de déchirer le tissu ramolli de l'utérus, il est évident qu'une main inexpérimentée ne doit pas s'y aventurer et qu'un opérateur sachant manier la curette saura procéder avec ménagements. L'auteur cite à l'appui de l'utilité de curage, dans la période puerpérale, un cas de sa pratique, que nous résumons ici.

Marie M., couturière, 33 ans, nullipare, entre le 25 février dans le service gynécologique de l'hôpital de Saratow. Il y a 6 jours, enceinte de 9 mois, elle tombe d'un escalier et le soir elle accouche d'un mort-né. La délivrance ne s'effectue pas ; hémorrhagie peu importante. Etant très pauvre, la malade reprend son travail le jour même de ses couches ; faiblesse et frissons. Cela dure 4 jours ; au 4e jour, sortie du placenta. Au 6e jour, la malade, complètement affaiblie, est apporte à l'hôpital à 10 h. du soir, avec 40,3 de température et 120 pulsations ; écoulement vaginal abondant, purulent et sanieux. La partie vaginale de l'utérus est molle et informe ; les orifices externe et interne laisse passer le doigt ; la muqueuse utérine est ramollie et floconneuse (?). Abondante sécrétion dans la cavité ; l'utérus est de 14, 12, mou et sensible. Rien dans le fond utérin. Bain général de 28 R. Après avoir fait la toilette habituelle des organes génitaux externes et du vagin, on fait, sous chloroforme, un curage soigneux de la cavité utérine. On retire beaucoup de débris placentaires, en état de décomposition putride. Lavage de la cavité ; léger tamponnement vaginal.

Le soir, pouls 90 plein, température 37°. L'involution utérine s'ef-

fectue régulièrement ; la température reste normale. Au 9e jour, après le curage, sortie de la malade. (*Vratch*, 1891, n° 22.)

***

187. — Précautions antiseptiques que doivent prendre le médecin, la sage-femme et la garde. — Il n'y a pas de petits soins ; il n'y a pas de petites précautions. L'antisepsie est une religion dont les rites doivent être gardés scrupuleusement. Nul ne doit examiner ou panser une femme enceinte, parturiente ou accouchée, sans avoir minutieusement lavé ses mains et ses ongles — qui seront tenus constamment courts — dans une solution de bichlorure ou de biiodure de mercure. Si vous vous servez de brosse, n'employez pas la première venue, traînant sur la table de toilette depuis des mois, mais une brosse neuve. La meilleure solution mercurielle est une solution mère de bichlorure ou de biiodure. On verse dans l'eau de la cuvette une quantité de ce mélange suffisante pour que la solution fille contienne 1 gramme de sel mercuriel par litre, l'eau sera très chaude parce qu'elle nettoie mieux, et augmente, dit-on, les propriétés antiseptiques du médicament dissous. Les mains doivent conserver une odeur métallique spéciale, qui ne peut être perçue au moment des lavages. Je reviendrai sur ce fait d'où j'ai tiré d'importantes conséquences.

Des nettoyages très fréquents dessèchent ou même gercent les mains, surtout si l'on emploie le bichlorure. Une friction pénétrante, faite avec la glycérine, le soir, et suivie d'une ablution qui enlève la désagréable sensation poisseuse, conserve à la peau sa souplesse et empêche les gerçures.

Ne touchez pas une femme sans avoir garni votre poignet et votre avant-bras, d'un mouchoir blanc ou d'une serviette fourrés dans la manchette et entourant la manche.

Au moment de l'expulsion, pendant la délivrance, lors des interventions, ayez les avant-bras nus et aseptiques, c'est-à-dire humides de liquide antiseptique, après savonnage.

En effet, vous ne devez essuyer ni les mains ni les avant-bras, après les lavages, ou, si vous les essuyez, ce qui ne doit être fait qu'avec une serviette blanche, — rincez-les de nouveau dans la solution, et ne touchez ni les draps, ni la couverture, ni les meubles, ni les habits, mais seulement les objets ou les substances qui sont aseptiques

eux-mêmes. Si, par mégarde, vous le faisiez, la main contaminée serait replongée de suite dans la solution mercurielle.

Quelles précautions prendre, si vous aviez récemment donné vos soins à une femme suspecte ou contaminée, et si vous étiez *réduit à la nécessité* de secourir une autre femme en couches ?

J'ai toujours été préoccupé de cette question, surtout pendant mon clinicat. Voici comment je la résous :

Le praticien qui vient de soigner une femme septique, surtout si les contacts ont été prolongés, comme il arrive quand on donne une injection intra-utérine, est exposé, pendant un temps *variable*, à infecter d'autres femmes, quoiqu'il ait lavé ses mains plusieurs fois dans les antiseptiques, quoiqu'il ait changé d'habits et de linge. Le fait est acquis à la science.

D'où vient cette ténacité des germes ? Comment y remédier ? Pour la ténacité des germes tout dépend du degré d'imprégnation de la peau. Les liquides en contact avec les mains pénètrent à la longue non seulement dans les replis épidermiques, mais encore dans les glandes. Ils en sortent lentement, au fur et à mesure que la perspiration cutanée se rétablit. En voulez-vous la preuve ? Prenez un antiseptique sans odeur, — et à mon avis on ne doit employer que ceux-là, — une solution de bichlorure ou de biiodure de mercure, par exemple.

Baignez-y vos mains pendant dix minutes, un quart d'heure, ou lavez-les à diverses reprises en les savonnant. Essuyez et séchez vos mains, puis flairez-les. Elles ont l'odeur de propreté, et c'est tout. Laissez alors à la perspiration cutanée le temps de s'établir, et vos mains prendront une odeur spéciale, dite métallique. Je pourrais donner d'autres preuves empruntées à des faits bien connus. Qui ne sait à quel point l'odeur des amphithéâtres et des salles d'autopsie s'attache à ceux qui y séjournent. Les odeurs sont d'une ténacité parfois désespérante. Quand les mains seules ont été en contact avec un liquide puant, on croit se débarrassser par des lavages, et on se débarrasse en apparence, mais pour peu de temps ; bientôt elle revient et vous poursuit. On se lave de nouveau, elle disparaît encore, puis revient. Or, le moment où elle revient est celui où la perspiration cutanée, cette insensible exsudation des glandes, se rétablit.

Comment remédier à la ténacité des germes ? En évitant leur contact prolongé et en prolongeant, au contraire, le contact des antiseptiques. Il faut en saturer le derme, les faire pénétrer dans tous les

pores de la peau. Pour éviter le contact prolongé des matières septiques, on doit avoir près de soi une cuvette remplie de solution mercurielle forte et rincer la main dès qu'elle est souillée.

Pour prolonger le contact des antiseptiques et les faire pénétrer dans les pores de la peau, il faut submerger les mains pendant un quart d'heure ou vingt minutes dans un bain mercuriel, après brossage et savonnage.

A la rigueur cela pourrait suffire, mais il vaut mieux laisser à la perspiration cutanée le temps de s'établir, la faciliter en y entretenant une chaleur continue, douce, pénétrante et prendre un nouveau bain.

Je n'ai pas parlé des vêtements. Ils ne sont dangereux que lorsqu'ils ont été vraiment imprégnés ; d'ailleurs, si l'on a le moindre doute, on en change.

On usera, pour le toucher, de vaseline boriquée tenue à l'abri des poussières. Le médecin seul ou la sage-femme y toucheront, et quand ils y plongeront le doigt, celui-ci ne sera pas souillé de sang, mais propre et humide de solution mercurielle. Au besoin, s'il y a des économies à faire, si l'on ne peut renouveler la vaseline, on mettra dans un récipient aseptique en porcelaine, sans brèches ni gerces, la quantité de vaseline nécessaire au lieu de puiser directement dans la provision. Aucun instrument ne sera employé qu'il n'ait été préalablement démonté, puis flambé. On les place dans une grande bassine dont le fond est recouvert d'une mince couche d'alcool à laquelle on met le feu. Le feu éteint, on couvre l'instrument de solution antiseptique. Les instruments qui ne supportent pas la flambée, tels que les sondes en caoutchouc rouge, seront conservés dans des éprouvettes bouchées, pleines d'une solution de naphtol β pur ou d'acide borique. N'employez pas les sondes en gomme. Faites d'un tissu feutré et enduites d'un vernis qui s'écaille, elles ne sont pas aseptisables. Evitez les sondes en verre. Elles sont propres, mais elles peuvent casser. En tout cas, ne vous en servez pas pendant le travail. Une poussée fœtale un peu forte les briserait. Préférez les sondes en caoutchouc rouge ou en celluloïd et ne vous servez qu'une seule fois des premières. Les autres peuvent être bouillies. Enfin, rappelez-vous qu'on ne doit sonder que les vessies combles. La cystite des femmes enceintes et accouchées survient après les sondages et est entretenue par eux.

Les instruments employés dans des cas suspects seront plongés,

pendant deux heures, dans de l'eau tenue en ébullition constante.

La femme accouchera sur des draps qui n'auront pas servi, et son linge propre lui-même ne sera pas en contact avec la vulve. Les organes génitaux et parties avoisinantes seront savonnés avec la solution mercurielle. Les mains de la parturiente seront aussi savonnées dans la solution mercurielle, car quelques femmes ont l'habitude de tâter leur vulve pendant le travail comme pour analyser les progrès de l'expulsion. La vulve sera garnie d'ouate aseptique, et, si le travail se prolonge, des injections boriquées ou naphtolées à saturation seront données toutes les heures. N'employez jamais les sels de mercure chez les femmes dont les reins fonctionnent mal. Usez-en modérément chez les femmes saines. Elles produisent une cuisson parfois intolérable. Elles tannent et dessèchent le vagin, ce qui rend le toucher difficile et douloureux.

Au moment de l'expulsion, ayez à vos côtés une cuvette remplie de solution mercurielle. Dans cette cuvette seront plongés : 1° les ciseaux qui couperont le cordon ; 2° les fils à ligatures ; 3° des tampons d'ouate hydrophile ; avec ces tampons, la commissure antérieure, la vulve, la commissure postérieure, le périnée, le sillon interfessier et l'anus seront abstergés *dans l'ordre que j'indique*. L'anus béant sera minutieusement nettoyé.

Le médecin ou la sage-femme feront eux-mêmes la première toilette, consistant, outre les lavages externes, en irrigations vaginales ou utérines. L'irrigation utérine est nécessaire lorsque l'accouchée est suspecte ou surmenée, et lorsque le fœtus est venu mort. Il vaut mieux faire deux irrigations avant la délivrance dans la cavité des membranes et après la délivrance. Dans les cas très suspects, l'irrigation continue sera employée. C'est le conseil de MM. Pinard et Varnier. Il est bon. J'ai décrit dans l'*Union* cette méthode pendant les suites de couches : quand l'état est physiologique, c'est-à-dire quand le thermomètre, *seul avertisseur fidèle*, oscille entre 36° et 37°5, il n'y a pas d'autres précautions antiseptiques à prendre que les lavages et injections d'eau boriquée ou naphtolée répétés quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures. On se servira de tampons d'ouate hydrophile, prise séance tenante dans ses enveloppes ou dans une serviette blanche, et les tampons ne serviront que pour une seule abstersion. La vulve sera garnie d'ouate ou d'un linge bouilli. Jamais la malade n'urinera que pendant ou avant une toi-

lette. Toutes les plaies réparables auront été réunies par première intention après le travail.

***

188. — Précautions antiseptiques que la femme doit prendre elle-même. — Les soins du médecin et de la sage-femme ne suffisent pas. Il faut que la femme grosse se tienne en état d'asepsie. Pour cela, l'accoucheur ne peut donner que des conseils, et il y aura toujours des femmes qui négligeront de les suivre.

Les soins consistent en bains généraux, lavages externes, injections.

Les bains ne sont pas indispensables. Je m'en défie même quand la baignoire est louée, et je fais naphtoler son contenu.

Au contraire, on ne peut se passer ni des injections ni des lavages.

Les lavages commenceront un mois au moins avant le terme. Chaque matin on savonnera le bas-ventre, les poils du pubis, la vulve, la face interne des cuisses et le sillon interfessier avec une abondante mousse de savon. Une injection vaginale *tiède* suivra ce savonnage et sera renouvelée le soir ; mieux vaut la faire au lit.

Les injections seront prises pendant toute la grossesse, s'il y a des pertes blanches. On emploiera, comme liquide, l'eau saturée d'acide borique ou de naphtol ; comme appareil, le bock émaillé, muni d'un tube de caoutchouc. La canule sera en verre, ou mieux en celluloïd transparent, elle séjournera constamment dans le bock où on la prendra au moment de l'introduire dans le vagin et où on la remettra après l'injection.

Tels sont, à mon avis, les soins encore perfectibles, qui permettent à la femme d'accoucher sans que sa vie soit, comme celle du soldat pendant la bataille, livrée à tout hasard.

(*La prat. méd.*) H. STAFFER.

***

189. — De l'emploi de la cocaïne en chirurgie gynécologique. — W. H. HUMISTON, de Cleveland, Ohio. (*In provincial Medical Journal*, n° 116, vol. X.)

Depuis trois années, Humiston emploie la cocaïne pour les opérations gynécologiques à sa grande satisfaction. Voici, en peu de mots, sa méthode avec ses remarques :

Il décrit d'abord la manière dont il emploie la cocaïne pour dilater ou cureter l'utérus. Il administre une cuiller à bouche de whisky ou de brandy, dix minutes avant d'injecter la cocaïne. La patiente étant couchée sur le côté gauche, il découvre le col avec un spéculum de Sims, et fixe l'utérus au moyen d'un ténaculum placé sur la lèvre antérieure du col. Avec une seringue à injection hypodermique munie d'une fine aiguille et remplie de la solution suivante :

Acide phénique pur.....	0 gr. 35.
Cocaïne.....	4 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

il injecte cinq gouttes dans la lèvre postérieure, attend deux minutes et la saisit fortement avec une pince tire-balle et cela sans douleur. Il continue à faire des injections en des endroits différents du col utérin jusqu'à concurrence de vingt gouttes.

Il commence alors la dilatation, au moyen d'un jeu de dilatateurs en gomme, jusqu'à ce que le col soit suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de la seringue intra-utérine ; dix gouttes d'une solution de cocaïne à 10 % sont alors injectées dans la cavité utérine. La dilatation est continuée jusqu'à ce qu'on ait obtenu une ouverture suffisante.

On peut alors cureter la cavité utérine en totalité, et cela avec très peu de douleurs ; dans beaucoup de cas il y a insensibilité. Depuis trois ans, Humiston n'a pas employé d'autre anesthésique pour faire une dilatation ou un curetage, et un certain nombre de ses malades étaient des primipares.

Dans la trachélorrhaphie, on peut employer la cocaïne et l'opération est indolore. Injectez dans l'angle et les parois à aviver, où le lambeau autoplastique va être pris, et vous pourrez opérer sans que la patiente éprouve de souffrances. Il sera rarement nécessaire d'employer plus de deux grammes d'une solution à 4 %.

Dans les restaurations du périnée, il emploie généralement le procédé de Lawson Tait, et, avec une injection faite sur la ligne médiane il anesthésie tout le champ opératoire, en employant trente à quarante gouttes d'une solution à 4 %.

Il opère ordinairement vers neuf heures du matin ; la malade reste à jeun et prend le stimulant alcoolique dix à quinze minutes avant l'opération. Il dit aux patientes nerveuses et craintives, qui craignent de souffrir beaucoup sans chloroforme ou éther, qu'il s'arrêtera dès

qu'elles se plaindront de souffrir et leur donnera le chloroforme. Elles sont rassurées alors, et il attend encore la première demande d'un autre anesthésique.

Avec cette méthode, les nausées et les vomissements qu'on observe souvent après le chloroforme ou l'éther pendant un certain temps, ne se produisent point. A très peu d'exceptions près, les malades dînent très bien et leur rétablissement est rapide.

Dans l'anesthésie par le chloroforme, suivie de vomissements persistants, comme cela se produit souvent, le succès complet de l'opération, spécialement dans les restaurations du périnée, est fortement compromis.

Souvent, il rencontre des malades qui sont très impressionnables, et avec de très petites doses, la respiration devient brève et haletante (saccadée), avec sensations particulières à la région précordiale, et grande anxiété. Des stimulants administrés promptement combattent cet état très rapidement, et ces symptômes disparaissent.

Deux fois, Humiston a dilaté l'urèthre pour fissure et caroncule très sensible, avec très peu de douleur et un résultat très satisfaisant.

Il a assisté à une opération d'Alexander où douze centigrammes de cocaïne en tout furent employés, six centigrammes ayant été injectés de chaque côté à une demi-heure d'intervalle. Quoiqu'il n'y eût pas insensibilité complète, la patiente se plaignit fort peu et supporta bien l'opération sans symptômes alarmants. Devra-t-on employer le même procédé dans des cas analogues ? L'expérience seule l'indiquera. Ce traitement sera-t-il bien supporté pendant la menstruation ? Non, probablement.

Anal. par le Dr A.-F. Philippeau.

(*Gaz. de Gyn.*)

***

190. — Malformations utérines au point de vue obstétrical. — Nous avons récemment analysé sur cette question la remarquable thèse de M. Bourrus. M. le Dr Julien Picot vient de traiter un sujet analogue et a plus particulièrement étudié les inconvénients que pouvait présenter l'utérus cordiforme au point de vue de l'accouchement.

Cette variété de malformation utérine est de beaucoup la plus importante à cause de sa grande fréquence. On comprend, sous le nom d'utérus cordiforme, l'utérus dans lequel la cloison médiane n'a pas

complètement disparu et forme un éperon descendant plus ou moins bas dans la matrice, mais ne s'étendant pas jusqu'au niveau du col, et celui dans lequel la cloison a complètement disparu, mais le fond de l'organe ne s'est pas développé, et au lieu d'être saillant, reste déprimé, donnant ainsi à l'organe la forme vague d'un cœur de carte à jouer. L'aspect antérieur sera le même dans les deux cas ; toujours une dépression plus ou moins marquée séparera les deux cornes utérines. Il en résulte que l'organe étant élargi transversalement, l'axe longitudinal du fœtus suivra l'axe de la matrice et prendra une position transversale. Pourtant, certaines femmes ayant un utérus cordiforme accouchent à terme d'enfants se présentant par le sommet ; c'est lorsque l'anomalie utérine est assez peu prononcée pour ne modifier que faiblement la forme de l'ovoïde. Dans ces cas, la grossesse et l'accouchement suivent une marche régulière, la malformation n'est reconnue qu'après, quelquefois au moment de la délivrance, l'utérus prenant alors la forme d'un cœur de carte à jouer pendant la délivrance ; mais dans les malformations complètes, la présentation vicieuse par excellence est la présentation de l'épaule. Il y a là une accommodation particulière et incomplète ; l'axe utérin et l'axe fœtal sont parallèles, coïncident bien, mais ils sont perpendiculaires à l'axe pelvien. Actuellement on peut poser comme règle absolue que lorsqu'on constate chez une primipare à terme une présentation de l'épaule franche, si le bassin est bien conformé, cette présentation reconnaît pour cause une malformation utérine, et on peut, rien que par la constatation de cette présentation transversale, émettre l'hypothèse d'un utérus cordiforme. On peut même aller plus loin et dire que chaque fois que l'on aura constaté chez une multipare plusieurs présentations vicieuses à plusieurs accouchements successifs, si le bassin est bien conformé, s'il n'y a pas d'autres causes ayant empêché le fœtus de prendre une position longitudinale, cette femme présente une malformation utérine.

Si l'on a lieu de soupçonner une malformation utérine, il faut se tenir prêt à faire la version soit par manœuvre externe, soit par manœuvre interne. Mais, de plus, dans ces cas, il faut presque toujours intervenir pendant la délivrance et extraire artificiellement le placenta.

Il y a donc un grand intérêt à examiner avec beaucoup de soin l'élément forme de l'utérus gravide et à pratiquer la palpation et la percussion d'une façon rigoureuse. La grossesse rend plus appréci à-

ble la forme de l'utérus, et permet de voir si elle est régulière, ovoïde ou irrégulière. La forme irrégulière amène une accommodation spéciale qui permet de faire le diagnostic.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

***

191. — Prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Valenta. (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 1890, n° 35). — Le procédé de Credé au nitrate d'argent, étant trop dangereux entre les mains des sages-femmes, l'auteur préconise la méthode suivante : d'une solution concentrée d'hypermanganate de potasse, on prépare une solution diluée fraîche, en mélangeant à un verre d'eau pure, une quantité suffisante de la solution concentrée pour obtenir la coloration d'un bordeau rouge pâle. On lave alors le bord ciliaire au moyen d'un petit tampon d'ouate trempé dans cette solution faible qu'on jette ensuite. On écarte enfin les paupières au moyen de la main gauche et pressant sur un nouveau tampon de la main droite, on laisse couler le liquide dans l'œil de l'enfant. Cela doit se faire trois à quatre fois de suite pour chaque œil. On est sûr alors d'une désinfection complète. Depuis l'application de cette méthode, la fréquence des cas d'ophthalmies blennorrhagiques est tombée, de 3 % qu'elle était avant, à 1,6-2,7 %.

FORMULAIRE

—

De l'emploi du thiol en gynécologie.

(Jules Chéron.)

Dans un de nos derniers formulaires, nous avons donné les indications et le mode d'emploi de l'ichthyol dans les affections utérines et péri-utérines. Ce précieux médicament possède, il faut bien l'avouer, une odeur alliacée très pénible, que certaines malades ne peuvent supporter. Aussi, lorsque Gottschalk eut affirmé l'identité d'action du thiol est de l'ichthyol, nous sommes-nous empressé d'expérimenter ce nouveau produit.

Le thiol se présente, dans le commerce, sous la forme de poudre noire, brillante, et sous celle d'extrait mou très analogue comme consistance à l'ichthyol, mais à peu près inodore ou n'ayant qu'une

faible odeur aromatique nullement désagréable. C'est l'extrait mou seulement que nous avons pu étudier et dont nous allons parler.

Le thiol (*Ammonium sulfothiolicum*) présente vis-à-vis des réactifs, les plus grandes analogies avec l'ichthyol, et en particulier, tous deux dégagent de l'ammoniaque lorsqu'ils sont traités par la potasse ou la soude. Tous deux sont également riches en soufre, et c'est à cette analogie de composition qu'ils doivent sans doute leur identité d'action.

C'est surtout dans le catarrhe cervical et dans les exsudats péri et paramétriques que le thiol est indiqué. De même que l'ichthyol, il m'a semblé peu utile dans l'endométrite de la cavité utérine tandis qu'il agit très rapidement dans l'endométrite cervicale, comme astringent et desséchant. Sous son influence, les ectropions diminuent de volume, et surtout le catarrhe cervical se réduit rapidement à un écoulement insignifiant. Il agit aussi, d'une façon non douteuse, contre les exsudats péri-utérins, et péri-salpingiens ; après son usage poursuivi régulièrement pendant quelque temps, l'utérus et les annexes reprennent leur mobilité physiologique, et les tuméfactions pelviennes disparaissent :

Voici les formules que j'ai employées :

1° Thiol..... 40 grammes.
Glycérine neutre à 30° Baumé..... 40 grammes.

applications, dans le canal cervical, avec l'ouate hydrophile en roulée autour d'un applicateur Playfair.

2° Thiol..... 20 grammes.
Glycérine neutre à 30° Baumé..... 200 grammes.

pour pansements vaginaux qu'on laissera en place 16 à 24 heures.

3° Thiol..... 4 grammes.
Axonge..... 30 grammes.

onctions, le soir en se couchant, sur la partie inférieure, au-dessus du pubis et au-dessus des aînes. Recouvrir d'un linge fin et laisser la pommade en place pendant toute la nuit.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

PATHOGÉNIE DES HÉMORRHAGIES

en rapport avec les tumeurs fibreuses de l'utérus (1)

Par M. le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

—

Fibromes latents, fibromes hémorrhagiques, fibromes leucorrhéiques correspondant à fibrome avec muqueuse utérine saine, fibrome avec endométrite interstitielle, ou avec endométrite fongueuse et fibrome avec endométrite glandulaire. — Retard de la ménopause dans l'endométrite avec ou sans fibrome. — Causes accessoires des hémorrhagies. — Justification de cette pathogénie par les résultats donnés par le curettage. — Pathogénie des hémorrhagies dans le cas de polypes intra-utérins. — Importance pratique des considérations qui précèdent en raison de la mortalité de la myomotomie comparée à celle des extirpations de tumeurs malignes.

En s'appuyant sur l'étude qui précède de l'endométrite compliquant les tumeurs fibreuses, on peut faire facilement la pathogénie de quelques-uns des symptômes de ces tumeurs et en particulier des hémorrhagies.

Il y a des *fibromes* à peu près complètement *latents*, ce sont

(1) Voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, juin, juillet, août 1891.

ceux qui ne sont pas assez volumineux pour déterminer des phénomènes de compression des organes voisins ni enclavés dans le petit bassin, et qui ne s'accompagnent d'aucune altération de la muqueuse utérine, car alors il n'y a ni leucorrhée abondante ni hémorrhagies habituelles. J'ai eu l'occasion de faire récemment plusieurs curettages d'exploration dans des cas de fibromes découverts par hasard à l'examen local et n'ayant déterminé aucun accident ; toujours la muqueuse m'a semblé complètement normale.

Il y a des *fibromes hémorrhagiques*, ce sont ceux dans lesquels l'endométrite interstitielle prédomine ou avec lesquels coïncide une endométrite hyperplasique diffuse ; il y a des *fibromes leucorrhéiques*, ce sont ceux qui sont accompagnés d'endométrite glandulaire sans altération notable du tissu interglandulaire. Ainsi s'explique ce fait facile à constater que, chez les malades atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus, la leucorrhée alterne avec les hémorrhagies et acquiert une importance d'autant plus grande que les hémorrhagies sont moins abondantes. Le plus souvent l'endométrite est mixte, glandulaire en certains points, interstitielle en d'autres points, aussi le plus souvent également observe-t-on tour à tour de la leucorrhée et des hémorrhagies.

Il n'y a donc pas lieu de discuter les théories anciennes sur la pathogénie des hémorrhagies en rapport avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. L'anatomie pathologique concorde admirablement avec la symptomatologie qui nous a montré que les types hémorrhagiques sont absolument les mêmes dans l'endométrite hémorrhagique avec ou sans fibrome et dans les fibro-myomes eux-mêmes. Dans les deux cas on observe, avec la même fréquence relative, le type ménorrhagique avec avance des menstrues, le type des règles doublées, le type ménorrhagique irrégulier avec ménorrhagies constantes, etc. Le retard même de la ménopause qui a été décrit comme spécial aux tumeurs fibreuses (1) se rencontre dans les endométrites hémorrhagiques qu'on

(1) Schorler, Les fibro-myomes de l'utérus, *Zeitsch. für Geburt. und Gynæk.* Bd. XI, p. 139.

a laissé s'éterniser et j'ai eu l'occasion de voir mon maître, M. le Dr Chéron, opérer plusieurs curettages pour des hémorrhagies tenaces avec retard de la ménopause, chez des malades qui n'avaient que de l'endométrite fongueuse, sans tumeur fibreuse ou autre. La seule différence consiste dans une aggravation des pertes sanguines dans les cas de fibro-myomes qui s'accompagnent d'un agrandissement considérable de la cavité utérine ; dans ces conditions, en effet, non seulement la muqueuse saigne abondamment parce qu'elle est altérée, mais encore parce que l'étendue de la surface saignante est notablement augmentée. Mais ce qui prouve bien que la cause la plus importante des hémorrhagies, dans le cas de myomes utérins, réside dans les altérations de la muqueuse et non dans l'agrandissement de la cavité utérine, c'est que les hémorrhagies ne sont nullement proportionnelles au volume de l'utérus, ainsi que tous les auteurs l'ont noté, et cela à une époque à laquelle ce fait ne pouvait recevoir aucune explication satisfaisante.

Si les hémorrhagies semblent en rapport direct avec le siège de la tumeur, c'est que plus celle-ci proémine du côté de la cavité utérine, plus elle trouble la circulation de la muqueuse et plus par conséquent l'endométrite se produit facilement.

Sans doute il faut tenir compte d'un certain nombre de facteurs pathogéniques qui viennent ajouter leur action à celle de l'endométrite. Toutes les causes qui congestionnent l'utérus et les ovaires peuvent donner lieu accidentellement à une hémorrhagie, chez une malade atteinte de fibro-myome, alors même que la muqueuse utérine est peu altérée ; ces mêmes causes contribuent à augmenter la perte sanguine quand il y a de l'endométrite, mais la véritable raison d'être des hémorrhagies tenaces et rebelles réside dans l'altération de l'endométrium.

On trouve une nouvelle preuve de l'exactitude de cette pathogénie dans les bons résultats obtenus par tous les moyens qui combattent l'endométrite et surtout par le curettage complet de la cavité utérine. Les observations rapportées plus loin démontrent en effet que les hémorrhagies soi-disant symptomatiques des

tumeurs fibreuses disparaissent après le curettage et ne se reproduisent pas fatalement à brève échéance.

Dans le cas de polype fibreux intra-utérin, il y aurait lieu de faire intervenir, comme cause importante des hémorrhagies, la congestion utérine réflexe sollicitée par la présence d'un corps étranger qui irrite d'une façon permanente la muqueuse cervico-utérine, mais nous ne parlons ici que des fibromes non-pédiculés, sous-muqueux, interstitiels ou sous-séreux. La question de la pathogénie des hémorrhagies dans le cas de polype intra-utérin est du reste d'un intérêt pratique assez médiocre, puisque, dans ces conditions, un traitement radical, l'ablation du polype, peut être mis en œuvre et doit même être mis en œuvre sans hésitation et sans retard, l'intervention étant alors à peu près exempte de danger.

Il n'en est malheureusement pas ainsi pour les fibromes non pédiculés. Runge (1) insiste sur cette anomalie qui est bien faite pour donner à réfléchir avant d'entreprendre une cure radicale pour tumeur fibreuse, que, de toutes les opérations gynécologiques, celles qui donnent la mortalité la plus élevée sont précisément les extirpations de tumeurs bénignes, l'ablation des myomes utérins par la laparotomie. En effet tandis que, dit-il, la mortalité de l'ovariotomie est au plus actuellement de 10 0/0, et alors que celle de l'extirpation totale de l'utérus cancéreux est environ de 11 0/0, la myomotomie atteint le chiffre élevé de 24 0/0. Par cette dernière opération, ajoute-t-il, il meurt donc presque une femme sur quatre, alors que le plus souvent la vie n'est pas menacée par l'existence même de la tumeur.

C'est assez dire quelle importance acquiert cette étude que nous venons de faire de la pathogénie des hémorrhagies soi-disant symptomatiques des tumeurs fibreuses et en réalité symptomatiques seulement de l'endométrite concomitante.

(1) Runge, Zur Therapie der Uterus myome, *Archiv. für Gynæk.* Bd XXXIV, p. 384. (Berlin, 1889.)

DU CURETTAGE COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT

Dans les affections péri-utérines

Par le Dr Manuel Cuellar, de Sucre (Bolivie).

(*Suite et fin*). (1)

—

Observation XVIII (Inédite).

Endométrite et salpingite blennorrhagiques. — Curettage de la cavité utérine pendant une poussée aiguë. — Guérison (Communiquée par M. Chéron, *médecin de Saint-Lazare*).

La nommée G.., âgée de 23 ans, entre le 28 décembre 1889 dans le service de M. le docteur Chéron à Saint-Lazare.

Réglée à 13 ans, régulièrement dès le début, sans douleurs, 7 à 8 jours par mois.

A 14 ans, grossesse terminée par un accouchement à terme, sans complications.

Elle s'est bien portée jusqu'à il y a un an ; depuis cette date les règles, sans devenir très abondantes, ont une tendance marquée à avancer, chaque mois, de 8 à 10 jours environ. Entre les époques, pertes muco-purulentes, tantôt plus, tantôt moins abondantes et non soignées. Douleurs dans les reins, dans le ventre, et au niveau des aines. Les rapports sexuels sont très pénibles depuis quelque temps. La défécation est douloureuse. Envies fréquentes d'uriner.

Depuis une quinzaine de jours les douleurs sont devenues beaucoup plus vives, l'appétit a disparu, la malade a des nausées après chaque repas et tous les soirs elle a un peu de fièvre.

Du 28 décembre au 3 janvier, repos au lit, alimentation liquide (lait, bouillon, eau de Vichy), frictions sédatives sur la région des reins, potion calmante, cataplasme laudanisé sur le ventre.

(1) *Voir Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, juin, juillet, août 1891.

29 déc.	T. M. = 37° 6	T. S. = 39° 2
30 —	T. M. = 37, 5	T. S. = 39.
31 —	T. M. = 37, 8	T. S. = 39, 4
1er janvier 1890	T. M. = 38°	T. S. = 39, 6
2 —	T. M. = 38, 4	T. S. = 39, 6
3 —	T. M. = 39, 2	T. S. = 39, 6

Ce soir, 3 janvier, M. Chéron examine la malade et constate que l'utérus, augmenté de volume, douloureux à la palpation, est peu mobile ; col déchiré transversalement, écoulement purulent venant de la cavité utérine. Dans le cul-de-sac latéral gauche, par l'examen bi-manuel, on sent très haut appendue à la corne gauche de cet organe et séparée de lui par un sillon très net une masse de la grosseur d'une mandarine, très douloureuse à la pression, peu mobile (trompe gauche probablement remplie de pus, étant donnés les symptômes accusés par la malade). Dans le cul-de-sac latéral droit on distingue la trompe et l'ovaire douloureux à la pression, mais peu augmentés de volume.

Diagnostic. — Endométrite cervico-utérine d'origine blennorrhagique. Pyosalpinx gauche. Salpingite catarrhale à droite.

En raison de la persistance des douleurs et de la fièvre, M. Chéron propose à G... de pratiquer immédiatement le curettage de la cavité utérine. Le curettage est fait sans abaisser l'utérus à la vulve, après dilatation avec les dilatateurs métalliques, d'abord avec le dilatateur métallique de M. Chéron, puis avec le dilatateur antéro-postérieur de M. Batuaud. De nombreuses fongosités très épaisses et résistantes sont ramenées avec la curette de Sims.

Injection intra-utérine de 4 gr. de la solution normale de perchlorure de fer. Pansement iodoformé. La malade est portée dans son lit. Les douleurs continuent dans la journée et dans la nuit ; il y a un peu de ballonnement du ventre ; la température à 6 heures du soir est à 39,6 comme la veille. P. = 120.

4 janvier. La malade a souffert toute la nuit, mais ce matin elle est beaucoup mieux. T. M. = 37,8. P. = 90. Elle a perdu une certaine quantité de pus (un verre environ) par le vagin ; aussi est-il nécessaire de changer le pansement iodoformé

T. S. = 37,7. P. = 80.

5 janvier. La malade a très bien dormi et demande à manger. Le pansement n'est pas changé, les pertes purulentes ayant cessé. T. M. = 37. P. = 70. Bon sommeil.

6 janvier. Même état très satisfaisant, ni douleurs, ni fièvre.

8 janvier. M. Chéron examine la malade et constate que la tuméfaction tubaire du côté gauche a complétement disparu, (c'est probablement l'évacuation de la trompe gauche qui a donné lieu à cette perte purulente du 4 janvier), on ne sent plus à gauche comme à droite qu'un cordon gros comme le petit doigt et douloureux à la pression. Attouchement de la cavité utérine et badigeonnage du col avec de la résorcine en solution concentrée. Pansement iodoformé. L'état général de la malade est toujours très satisfaisant. A partir du 14 janvier, scarification du col et pansement glycéro-boriqué tous les deux jours.

Du 1er au 6 février, menstruation peu douloureuse et d'abondance médiocre.

On garde la malade en observation jusqu'au 29 mars.

Elle a repris ses forces et sa santé. L'utérus est devenu mobile et les annexes ne sont plus douloureuses ni augmentées de volume. Les douleurs et la fièvre n'ont pas reparu.

Exeat le 24 mars 1890.

Dans cette observation nous voyons que l'opération a eu lieu le 4 janvier et les dernières nouvelles de la malade sont du 29 mars. Par conséquent, trois mois se sont écoulés depuis l'opération et l'on peut juger du résultat. Le diagnostic, avant l'opération, avait pu être nettement posé. Il y avait une tumeur salpingienne, on n'était peut-être pas bien fixé sur son contenu ; cela n'a rien d'étonnant, étant donnée la difficulté extrême que présente un tel diagnostic. La tumeur est bien définie dans sa forme et dans son volume. Le résultat du dernier examen nous dit que « l'utérus est devenu mobile, les annexes ne sont plus douloureuses, ni augmentées de volume. La fièvre n'a pas reparu ». Si l'on possédait un certain nombre d'observations semblables on pourrait nettement poser les indications du curettage dans ces cas.

Nous venons de passer en revue les faits ayant trait au curettage contre les affections péri-utérines *circonscrites,* il nous reste à étudier ce que peut fournir le curettage lorsque l'affection péri-utérine est *diffuse*, s'attaque au tissu cellulaire péri-utérin, péri-salpingien, au ligament large.

Nous allons toujours, en suivant la division de M. Pozzi, rechercher ce qui ressort des faits eux-mêmes.

Cette division est la suivante :

1° Péri-métro-salpingite séreuse.

2° Abcès pelvien.

3° Phlegmon du ligament large.

4° Cellulite pelvienne diffuse.

a) Péri-métro-salpingite séreuse. — M. Pozzi décrit sous ce nom cet état fluxionnaire qui se manifeste dans le tissu péri-utérin, à la suite de poussées aiguës de métrite. Cette affection est constituée anatomiquement par un véritable œdème, se développant rapidement et disparaissant de même par le repos seul, pouvant se répéter plusieurs fois dans le cours des métrites, se terminer, soit par la solution, soit par le passage à une des formes suivantes. C'est aux faits de ce genre que nous avons fait allusion au commencement de ce chapitre.

M. Pozzi fait rentrer dans cette catégorie de faits ce que quelques auteurs ont décrit sous le nom de lymphangite péri-utérine. Cantin (1), dans sa thèse, a réuni un certain nombre d'observations dans lesquelles le curettage s'est montré très utile contre cette affection.

b) Abcès pelvien.

Observation XIX (Résumée).

Rétro-latéro-version gauche de l'utérus. Résidua peri-metritis à gauche. — Prolapsus et oophorite de l'ovaire gauche. — Trois ans après pelvi-péritonite aiguë ; abcès pelvien *qui se vide par le canal de l'utérus, après dilatation forcée de cet organe.* (Walton, *loc. cit.*).

Mme H..., à Saint-Josse-ten-Noode, âgée de 34 ans, mariée

(1) *Loc. cit.*

depuis 3 ans, nullipare, a toujours été légèrement souffrante. — Il y a 2 ans, en descendant d'un train, elle fait une chute et ressent immédiatement une douleur dans le ventre ; un médecin consulté doit avoir reconnu une rétroversion, car il applique un pessaire de Smith, mais probablement sans redressement préalable de l'utérus.

Quand cette dame vint me visiter, elle était souffrante depuis 2 ans, et dans ces derniers temps, était condamnée à une inaction complète ; les couleurs et l'appétit avaient disparu. Elle accuse des douleurs dans les reins, mais surtout dans le bas-ventre à gauche ; les règles sont excessivement douloureuses et dans l'intervalle, elle a des pertes blanches. A l'examen on constate une vulve et un vagin étroits et surtout très peu profonds ; on arrive de suite au col, qui est conique et à orifice externe circulaire, laissant échapper un écoulement leucorrhéique ; l'utérus est en rétro-latéro-version gauche ; à cet endroit on constate un empâtement douloureux à la pression, produit sans doute par un exsudat péri et para-métrique.

Le 7 janvier 1884 je procède à la dilatation forcée, à la discission du col, au curettage et je redresse, en même temps, l'utérus rétroversé, lequel est maintenu en place à l'aide de tampons glycérinés. Le lendemain, la douleur dans le flanc gauche a totalement disparue. Quinze jours après l'endométrite était guérie ; le dépôt péri-métrique a en partie disparu. Quinze jours plus tard, on constate à la place de l'empâtement péri-utérin, un petit corps ovale, arrondi, très douloureux, qui n'est autre que l'ovaire gauche déplacé. On applique quelques jours plus tard un pessaire de Thomas, qui maintient parfaitement l'utérus.

Dès lors, la santé de cette personne se rétablit rapidement et complètement.

Pendant 3 ans, cette dame se porte parfaitement bien. Le 10 février 1887, un incendie éclate dans sa maison et elle en éprouve une violente émotion ; presque immédiatement après, elle ressent de la douleur, qui ne fait qu'augmenter de jour en jour, on me fait appeler le 5 mars ; je constate tous les signes d'une péritonite ; la douleur est si forte que je ne puis faire le palper

abdominal, ni le toucher vaginal. Le 9 mars, en pratiquant le toucher vaginal, je constate dans le cul-de-sac gauche un engorgement douloureux qui semble indiquer un abcès péri-utérin. Le 11 mars, dilatation de l'utérus, ayant pour but de livrer passage au pus, qui, à mon sens, devait résider dans la trompe gauche. Le 14 mars, par le palper abdominal combiné au toucher vaginal, je constate que la tuméfaction péri-utérine est peu volumineuse. Le 15 mars, en allant à la selle, la malade rend à peu près la contenance d'une cuillerée à bouche de pus épais ; malgré un examen scrupuleux, on ne trouva plus de pus dans les selles. Le 30 mars, un écoulement purulent abondant se produisit par l'utérus ; dès ce moment il y eut détente complète : l'écoulement cessa le 6 avril ; les douleurs n'existaient plus. A partir de ce moment le mieux s'accentue ; du 16 au 17 avril, les règles apparaissent sans douleur et continuent jusqu'au 21. Le 22, on ne constate à l'examen, qu'un petit point d'induration péri-utérin. Depuis lors Mme H... se porte parfaitement ; nous l'avons revue ; les règles reviennent régulièrement et sans douleur ; bref, la santé est parfaite.

L'abcès développé dans le tissu péri-utérin a suivi sa marche ordinaire. Dans la 1re partie de l'observation le curettage a amélioré la métrite ; dans la 2e partie l'abcès péri-utérin que M. Walton considère comme une pyosalpingite, s'est ouvert dans le rectum malgré la dilatation.

Observation XX (Résumée).

Endométrite. — Abces péri-utérin. — Evacuation du pus par la filière utérine après dilatation forcée de la matrice (Walton, *loc. cit.*).

Olga S..., née à Soudern (Allemagne), âgée de 24 ans, célibataire et nullipare, vint me consulter le 13 avril 1887, se plaignant d'être malade depuis deux ans.

Régulièrement menstruée dès l'âge de 13 ans ; à 21 ans, les relations sexuelles commencent, mais sans excès. Huit mois

après, elle commence à avoir des pertes blanches, qui deviennent bientôt très abondantes ; pendant 2 mois la leucorrhée est sanguinolente, plus tard il y eut de nouvelles pertes de sang pendant l'époque intermenstruelle ; les pertes blanches persistèrent tout le temps.

Lorsqu'elle se présenta à ma clinique tout rapport sexuel avait cessé depuis six mois ; elle se plaignait de douleurs dans les reins et particulièrement dans le bas-ventre à gauche ; pas de fièvre. Au toucher vaginal, je trouve un vagin et un col utérin normaux, les culs-de-sac sont libres, l'utérus est mobile, et en le soulevant on ne détermine que peu de douleur ; à l'hystérométrie, 7 1/2 cent.; au spéculum, on voit sourdre de l'orifice externe du col l'écoulement leucorrhéique. Je diagnostique endométrite leucorrhéique avec tendance à se transformer en endométrite hémorrhagique, et je propose la dilatation et le curettage, que la malade accepte.

L'opération fut pratiquée le 14 avril 1887 ; la malade chloroformée, notre attention fut attirée par un certain degré de voussure du ventre, au niveau de la fosse iliaque droite ; à la palpation, nous constatâmes une tuméfaction intra-abdominale partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, s'étendant profondément derrière le ligament de Poupart, et se perdant dans la région péri-utérine au niveau du ligament large ; au toucher vaginal, nous ne trouvâmes pas encore de voussure au niveau du cul-de-sac postérieur et latéral droit ; il y avait donc là un phlegmon péri-utérin débutant ; la femme ne s'était jamais plainte de ce côté-là. — L'utérus fut alors forcément dilaté, curetté, irrigué avec une solution phéniquée, rempli par une mèche trempée dans la teinture d'iode, maintenue par des tampons de ouate iodoformée et glycérinée.

Le lendemain, j'interroge la malade à ce point de vue ; elle me dit que outre une certaine gêne et une certaine difficulté à rétracter la cuisse, elle sent dans cette région des picotements, comme des piqûres d'aiguilles. — Ces signes augmentèrent à mesure que la tuméfaction grandit, et bientôt se déclarèrent des accès de fièvre et les signes généraux d'une suppuration ; la médication intra-utérine fut continuée néanmoins journellement.

4 ou 5 jours après l'opération, on sentait dans le cul-de-sac vaginal droit, une tumeur arrondie, faisant corps avec la tuméfaction de la fosse iliaque, plus ou moins mobile et indépendante de l'utérus.

Jamais on ne trouva la plus légère trace de pus dans les selles ; le 28 avril, l'abcès s'ouvrit par la matrice ; l'écoulement s'était produit dans la nuit pendant le sommeil ; la première évacuation de pus fut assez abondante : l'écoulement continue en plus ou moins grande quantité et ne s'arrête que le 20 mai.

A plusieurs reprises, j'examinai scrupuleusement le vagin, et nulle part, je ne constate d'ouverture.

Le 23 mai, au toucher vaginal, on sent, dans le cul-de-sac droit, la tumeur assez sensible, mais beaucoup plus mobile, le canal utérin est toujours très perméable.

Le 25 mai, apparition des règles qui s'accompagnent de gonflement et légère douleur à la fosse iliaque droite, mais sans fièvre ; durent deux à trois jours.

Le 15 juin : l'état général est tout à fait satisfaisant ; la patiente a repris son travail et la tumeur péri-utérine n'a plus que le volume d'une noix. — Elle ne tardera pas à être complètement résorbée.

Dans cette observation très complète, le diagnostic est fait sous le chloroforme, voilà vraiment le cas où l'on peut juger de l'efficacité du curettage.

Ici il n'est pas douteux que M. Walton a obtenu une amélioration, mais les dernières nouvelles qu'il donne de la malade, paraissent peu éloignées de l'opération. « Il reste, nous dit-il, une tumeur péri-utérine n'ayant plus que le volume d'une noix et qui ne tardera pas à être complètement résorbée ». Il aurait été très intéressant de savoir si cette tumeur s'est bien complètement résorbée comme le pense l'auteur.

c) Phlegmon du ligament large. — Il est peu de chirurgiens qui aient osé porter la curette dans l'utérus, lorsqu'on se trouve en présence des accidents graves locaux et généraux du phlegmon du ligament large. L'observation suivante est due à Walton.

Observation XXI (Résumée).

Métro-pelvi-péritonite chronique. (Walton, *loc. cit.*).

Mme T... à Schaerbak, 40 ans, veuve depuis quelques années, me fit appeler au mois de mars 1886.

D'un tempérament bilioso-nerveux, réglée à 17 ans, très régulièrement jusqu'à l'époque de son mariage, perdant chaque fois, pendant 7 à 8 jours, une assez grande quantité de sang, légère dysménorrhée au début des époques.

Mariée en 1871, elle a eu 5 enfants et 3 fausse-couches entre les accouchements et après le dernier, qui a eu lieu il y a 4 ans ; elle dit être malade depuis 2 ou 3 ans ; antérieurement elle a eu une péritonite.

Quand je la vis la première fois, elle était alitée depuis un mois ; fortement amaigrie, se plaint de soif, inappétence, nausées, parfois vomissements ; langue saburrale, fièvre rémittente ; la digestion est très difficile, les selles sont rares et la *défécation est douloureuse* ; elle a de *fréquentes envies d'uriner*. Elle se plaint de douleurs dans les reins et surtout dans le bas-ventre, douleurs qui ne semblent pas modifiées par le changement de position ou par la locomotion. Depuis longtemps pertes très abondantes, persistantes, d'abord blanches, puis blanc-jaunâtres et parfois mélangées de sang ; ces pertes augmentent à l'approche et à la suite des règles.

A *l'examen*, je trouve une vulve béante avec périnée largement déchiré ; vagin court ; le doigt rencontre immédiatement la matrice qui est fortement abaissée ; le col dur, très volumineux, en forme de massue ; l'orifice externe béant permet l'introduction de l'extrémité de l'index, qui s'arrête au niveau de l'orifice interne ; il s'en écoule un mélange de muco-pus et de sang ; tout l'utérus est complètement immobilisé. Les culs-de-sac et la voûte vaginale sont durs, résistants, donnant la sensation d'une épaisse feuille de carton ; la pression du doigt est douloureuse, de même que le palper abdominal, ce qui empêche l'examen des organes pelviens. Je diagnostique une métrite chro-

nique interne et parenchymateuse avec pelvi-péritonite chronique, le tout d'origine puerpérale.

Le 15 mars on pratique l'opération ; la malade chloroformée est placée dans la position glutéo-dorsale : dilatation forcée, curettage, irrigation intra-utérine, injection intra-utérine de teinture d'iode, etc.

Le traitement consécutif consiste en irrigations intra-utérines journalières, applications intra-utérines de teinture d'iode, tampons à la glycérine et dans l'intervalle copieuses irrigations vaginales d'eau à 45°. — Toniques et reconstituants. — Malgré une petite poussée péritonitique au 15e jour, à la suite d'écart de régime, elle est complètement guérie après 5 à 6 semaines.

Un an après, l'utérus est toujours immobilisé, mais elle n'a plus eu de rechute ; elle continue à se porter parfaitement et ne se plaint d'aucune douleur ; les règles reviennent aux époques normales.

Dans cette observation nous retrouvons bien les phénomènes décrits autrefois sous le nom de phlegmon du ligament large.

L'utérus est complètement immobilisé. Les culs-de-sac et la voûte vaginale sont durs, résistants, et donnent la sensation que produirait une épaisse feuille de carton. Après le traitement : dilatation et curage, la malade ne souffre plus, l'état général s'améliore mais l'utérus est toujours immobilisé.

Les faits de ce genre sont loin d'être nombreux.

d) Cellulite pelvienne diffuse. — Les faits suivants appartenant encore au mémoire de Walton nous paraissent comprendre les symptômes de la cellulite pelvienne.

Observation XXII (Résumée).

Pelvi-péritonite chronique chez une vierge. (Walton, *loc. cit.*).

Marie M..., née le 20 janvier 1864, réglée à 17 ans, très régulièrement menstruée jusqu'au moment de sa maladie.

En mai 1881, pendant sa période menstruelle baigne ses pieds dans de l'eau froide ; le même soir, elle se met à perdre du sang

en plus grande abondance et sans discontinuer jusqu'au lendemain soir. Depuis ce moment, elle est souffrante ; ventre et surtout bas-ventre douloureux, douleurs exagérées par la pression, les mouvements, la marche, la défécation ; les règles deviennent irrégulières (tous les 15 jours ou 3 semaines), et augmentent les douleurs, qui sont alors violentes ; la malade maigrit, perd l'appétit, pâlit, ses traits sont tirés par la souffrance.

Elle entre alors à l'hôpital Saint-Pierre (Bruxelles) ; on fixe le diagnostic « ovarite » ; elle y séjourne un mois ; on lui applique cinq vésicatoires, mais ne se trouvant pas mieux quitte l'hôpital.

Nouvelle entrée à l'hôpital dans le même service ; même diagnostic, même traitement ; elle y séjourne six mois ; dans cet intervalle, est prise d'une fièvre violente, ainsi que des vomissements au moindre aliment solide ou liquide.

Retourne une troisième fois au même service le 31 mai 1883, elle y séjourne sept mois et demi ; le même diagnostic fut confirmé après examen sous le chloroforme ; le même traitement que précédemment fut essayé, mais sans résultats ; on lui proposa alors l'ovariotomie comme unique chance de salut ; cependant, à partir de ce moment, on ne fit plus d'examen et on ne pratiqua pas l'ovariotomie. Elle quitte l'hôpital le 15 janvier 1884, aussi souffrante qu'avant ; dans ce dernier séjour elle n'avait eu que deux fois ses règles.

Le 11 février 1884, elle se rend en mon cabinet, malgré de grandes souffrances ; son visage est pâle, anémié, les traits sont tirés ; la marche est lente et pénible ; elle traîne ses pieds, comme si chaque pas augmentait ses souffrances ; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre avec irradiation sur les côtés, la poitrine, et les reins, douleurs exaspérées par la pression, les mouvements, la marche et surtout par la défécation. Pouls petit, faible, sans accélération fébrile, inappétence, constipation habituelle, vomissements.

Le palper abdominal est assez douloureux, surtout à la pression profonde ; ces douleurs concentrées dans le bas-ventre, semblent correspondre à la région utéro-ovarienne. Le toucher,

toujours pénible chez les vierges, est excessivement douloureux chez elle : tout le canal génital paraît hyperesthésié ; le col est virginal, à orifice externe étroit et circulaire ; la portion vaginale du col est mobile et de consistance normale : les culs-de-sac sont excessivement douloureux à la pression ; le corps utérin ne se laisse guère soulever et parait fixé sur place par l'engorgement du tissu cellulaire sous-péritonéal circa-utérin ; l'utérus semble être dans sa position normale ; malgré un examen attentif on ne parvient pas à sentir les ovaires ; la pression est partout excessivement douloureuse avec absence de souplesse de tout le tractus génital.

L'examen au spéculum, très pénible, montre les muqueuses vaginale et cervicale pâles, col virginal à orifice arrondi, légèrement exulcéré ; l'hystéromètre pénètre avec difficulté à 3 cent. dans le col, ne franchit pas l'orifice interne, provoque de la douleur, mais démontre que l'utérus n'est pas mobile et qu'il n'est pas dévié.

De l'ensemble de cet examen, je conclus qu'il y a, chez cette jeune fille, ce que l'on est convenu d'appeler de la métrite avec inflammation chronique du tissu cellulaire circa-utérin (cellulite pelvienne, paramétrite) ; il est plus que probable que le péritoine du petit bassin participe également à l'inflammation du tissu cellulaire sous-jacent (périmétrite), il est probable également que tous les organes du petit bassin (trompes, ovaires, ligaments larges, rectum), ou, du moins, leur gangue connective sont également enflammés ou engorgés ; diagnostic général : *métrite virginale* avec *paramétrite* et *périmétrite* chronique.

Je crus cependant prudent de maintenir ma cliente en observation pendant quelques jours ; je fis un léger badigeonnage du col et du cul-de-sac à la teinture d'iode, ainsi que des pansements glycérinés et des irrigations vaginales journalières d'eau très chaude ; injections de morphine contre la douleur et laxatifs légers. Ce traitement, continué pendant 15 jours, ne produit aucune amélioration. Je considérai ce cas comme un exemple de congestion passive par gêne de la circulation de retour et je me

déterminai à faire usage de mon procédé opératoire de dilatation forcée, discision du col et curettage de la cavité utérine.

Cette opération fut faite le 29 février 1884 ; la malade chloroformisée est placée dans la position de Sims (latéro-abdominale gauche) ; on incise la membrane hymen, on dilate la cavité vaginale et on fait alors, d'abord, la dilatation forcée de la cavité utérine, jusqu'à atteindre une dilatation que l'on peut estimer au volume d'un index, ensuite le curettage de la cavité du col et du corps, au moyen de la curette mousse de Sims, et enfin la discision du col ; irrigation intra-utérine, pansement.

Pas de réaction après l'opération ; le lendemain pas de fièvre, et ses anciennes douleurs ont disparu ; le pansement est renouvelé le 2e jour, et ne fut plus guère renouvelé que tous les deux jours pendant une quinzaine. Le 3e jour, après administration d'huile de ricin, selles faciles, sans plus éprouver les douleurs atroces d'autrefois. 12 jours après l'opération notre opérée descend et reprend, peu à peu, sa besogne d'autrefois ; ses forces, son embonpoint sont revenus : sa santé est parfaite. Réglée une première fois le 14 avril pendant 3 jours ; le 13 mai, nouvelle menstruation durant 7 jours.

Actuellement, plus de 3 ans après l'opération, sa santé est bonne, sans aucune récidive.

Examinons ainsi que nous nous le sommes imposé, les éléments du diagnostic et les suites.

Dans la 1re partie de l'observation qui se passe en 1881 c'est-à-dire à une époque où le diagnostic des affections péri-utérines, était loin d'avoir la précision qu'on lui donne aujourd'hui, le diagnostic posé fut ovarite.

Dans la partie de l'observation qui appartient à M. Walton, cet auteur nous révèle combien il eut de peine à pratiquer l'examen génital chez cette fille vierge qui présentait une hypéresthésie vaginale extrême et presque tous les signes du vaginisme : à la suite de cet examen en se fondant principalement sur la douleur dans les culs-de-sac et sur l'immobilisation de l'utérus. M. Walton pose le diagnostic, de *métrite virginale* avec paramétrite et périmétrite chronique.

Nous ne saurions mieux faire que de citer l'appréciation même de Walton sur son diagnostic.

« Y a-t-il eu erreur de diagnostic ? Il serait peut-être audacieux de se prononcer. Rien de si obscur, rien de si difficile à diagnostiquer que les maladies des organes du petit bassin chez la femme. La plupart des symptômes accusés par notre malade appartiennent à presque toutes les affections chroniques des organes intra-pelviens, aussi bien aux inflammations péri-utérines, qu'à l'ovarite, parce qu'il est excessivement rare que celle-ci existe sans périmétrite ou sans paramétrite ».

L'intensité des douleurs, et l'état général de la malade peuvent très bien se rapporter à une inflammation chronique autour de l'utérus. Mais les signes physiques si difficilement observés dans ce cas particulier ne permettent pas, il nous semble, d'être affirmatif sur le diagnostic. Cette observation aurait pu avoir une bien plus grande valeur si, au moment où la malade était sous chloroforme, M. Walton avait pu pratiquer un examen approfondi.

Les suites opératoires ont été bonnes, la malade revue. Renseignement précieux, 3 ans après, elle jouit encore d'une santé excellente, mais encore à ce moment là, il eût été très intéressant qu'un examen pût nous renseigner sur l'état des lésions, nous dire si elles avaient totalement disparu. Car il n'est point rare que, dans leur longue évolution, les affections péri-utérines chroniques restent longtemps silencieuses pour reprendre, à des intervalles variables, et quelquefois très éloignés, des exacerbations, des poussées aiguës. Mais ce qui semble incontestable dans le cas précédent, ce sont les effets palliatifs du curettage, qui a peut-être même eu pour résultat la guérison définitive.

Conclusions.

Nous devons maintenant donner nos conclusions et faire remarquer les modifications apportées au manuel opératoire pour ces applications spéciales du curettage.

Sur ce dernier point nous serons très bref, car la seule modifi-

cation apportée à la technique du curettage est de ne pas abaisser l'utérus à la vulve. Il serait en effet dangereux d'essayer de mobiliser ces parties, à cause des ruptures qui pourraient se produire pendant ces manœuvres. Il est certain que pratiquer le curettage, sans abaisser l'utérus, augmente beaucoup les difficultés opératoires, et cela doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation du procédé.

Nos conclusions ne sauraient être que le résumé des réflexions dont nous avons fait suivre les diverses catégories d'observations que nous venons de passer en revue.

Parmi les inflammations péri-utérines circonscrites, le curettage de l'utérus nous a paru rendre de grands services en cas de *salpingite catarrhale*. Le succès a été moins grand en cas de *salpingite interstitielle* où l'on n'a obtenu que de l'amélioration. Le curettage a eu un heureux effet dans l'observation d'*hydro-salpinx* que nous rapportons, observation où la malade a pu être suivie un certain temps après l'opération. Les effets obtenus par le curettage dans les observations de *pyosalpinx* ne nous ont pas paru, sauf dans notre observation, avoir abouti à une cure définitive. Dans la catégorie de faits examinés parmi les inflammations péri-utérines diffuses, nous avons pu constater les heureux effets du curettage dans ces cas légers d'inflammation péri-utérine diffuse, dans ce que M. Pozzi a appelé *la périmétro-salpingite séreuse*.

Les résultats obtenus par le curettage de l'utérus, en cas d'*abcès pelviens*, ne nous ont pas paru très satisfaisants.

L'observation unique de Walton, où le curettage en cas de *phlegmon du ligament large* a été suivi d'amélioration, n'a que la valeur d'un fait isolé. Quant aux curettages pratiqués dans des cas que nous avons pu faire rentrer dans la catégorie des *cellulites pelviennes diffuses*, le résultat ne nous a pas paru conduire à autre chose qu'une amélioration passagère.

La dilatation de l'utérus qui doit précéder le curettage mérite aussi d'attirer l'attention. Si en effet pour le curettage pratiqué en cas de métrite, alors que l'utérus est à la vulve, on trouve suffisante la dilatation obtenue extemporanément et permettant

seulement le passage de la curette, il est peut-être nécessaire d'avoir une dilatation plus considérable pour pratiquer un curettage complet, lorsque l'utérus est curetté au fond du vagin. Quant au rôle attribué à cette dilatation dans l'évacuation, par la voie utérine, du contenu des salpingites, nous ne saurions nous y arrêter sans sortir des limites de notre sujet qui s'attache exclusivement à l'appréciation du curettage.

ADÉNOME DE L'UTÉRUS (1)

Par Henry C. Coe,

Gynécologiste à l'hôpital pour les cancéreux de New-York.

(*Suite et fin*).

En présentant ces trois utérus enlevés par moi, dans le cours de l'année dernière, à l'hôpital pour les cancéreux de New-York, je désire appeler l'attention sur ce fait que ces trois cas présentent une sorte de série ascendante. Le premier cas peut être considéré comme un cas type d'adénome malin circonscrit ; le second est un bel exemple de la forme diffuse du même néoplasme ; le troisième représente le stade terminal de la lésion : la transition à l'adéno-carcinome. Les observations ayant déjà été publiées, je n'en donnerai que le résumé, surtout dans le but d'établir la comparaison entre ces différents cas.

Observation I. — La malade est une femme non mariée, de 50 ans, ayant atteint la ménopause depuis 7 ans. Elle avait eu de légères hémorrhagies atypiques pendant cinq ans, avant que je ne la vis, et elle avait été curettée deux fois l'année précédente avec un succès seulement temporaire. Les fragments curettés n'avaient pas été examinés au microscope. Diagnostic : sarcome probable. Entrée dans mon service à l'hôpital des cancéreux, en décembre 1889, avec un état général satisfaisant.

Violentes douleurs paroxystiques dans le bassin, survenant

(1) Voir *Revue médico-chirurg. des maladies des femmes*, septembre 1891 p. 529.

chaque jour à intervalles réguliers, mais aucune perte vaginale d'aucune sorte.

Les tissus enlevés par la curette furent examinés au microscope mais sans résultats positifs. Je pus seulement conclure que la lésion n'était ni une endométrite fongueuse ni un sarcome à cellules rondes, d'où je fus porté à croire qu'il s'agissait d'un cancer de la cavité utérine, bien qu'il y eût contre cette théorie la longue durée de l'affection et la conservation remarquable de l'état général.

L'utérus fut extirpé par le vagin avec une difficulté considérable, malgré son petit volume, en raison de l'étroitesse du vagin et de la vulve. On se servit de la forcipressure. La malade guérit parfaitement et maintenant encore est en parfaite santé, sans aucun signe de récidive. L'état anatomique est celui de l'adénome papillaire circonscrit ; nulle part le microscope ne montre la moindre trace de transition au carcinome. Cependant la tumeur avait commencé à infiltrer la couche musculaire et les symptômes cliniques, bien qu'anciens, indiquaient sans aucun doute la nature maligne de l'affection. Il est certain qu'un délai de quelques mois, avec une ou deux opérations palliatives de plus, aurait amené la mort.

Observation II. — Veuve, âgée de 53 ans. Un enfant et trois fausses couches. Ménopause depuis 3 ans, suivie bientôt d'écoulements sanguinolents irréguliers avec des hémorrhagies de temps en temps. On lui avait enlevé, disait-elle, un polype, six mois auparavant, après quoi les écoulements cessèrent pendant quelque temps pour reparaître bientôt. Aucune douleur jusqu'à quelques semaines avant son admission à l'hôpital pour les cancéreux, en novembre 1890. Santé robuste. L'examen montra que l'utérus était modérément augmenté de volume, complètement mobile et insensible à la pression ; l'endomètre saignait facilement. Les fragments de tissu enlevés avec la curette étaient trop superficiels pour permettre un diagnostic positif, si ce n'est que la tumeur était probablement maligne. Extirpation totale de l'u-

térus par le vagin avec forcipressure. Convalescence normale ; la malade sort guérie au bout de cinq semaines.

La pièce était un bel exemple d'adénome diffus du corps de l'utérus qui commençait tout juste à infiltrer les tissus profonds mais ne montrait histologiquement aucun signe de dégénérescence cancéreuse. Le pronostic pour une guérison définitive est excellent, comme dans le cas précédent, bien qu'il se soit écoulé trop peu de temps depuis l'opération pour classer le cas dans une statistique.

Observation III. — Veuve âgée de 63 ans. A son entrée à l'hôpital, elle raconta qu'elle avait dépassé la ménopause depuis beaucoup d'années et qu'elle avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a 7 mois, époque à laquelle elle commença à « voir » légèrement à de rares intervalles et sa santé commença à s'affaiblir sans cause apparente. Elle n'avait pas eu de douleurs si ce n'est une vive douleur de reins depuis quelques semaines. Léger écoulement aqueux, sans odeur, par le vagin. L'orifice fut dilaté avec des tentes et la cavité utérine fut soigneusement explorée avec le doigt, qui établit l'existence d'une tumeur diffuse en chou-fleur de l'endomètre ; quelques fragments furent enlevés avec la curette tranchante et examinés au microscope. Diagnostic : adéno-carcinome. Hystérectomie vaginale avec forcipressure. Sortie guérie à la fin de la sixième semaine. Dix mois après, *récidive* dans les ganglions lombaires.

La pièce était nettement un carcinome de forme tout à fait maligne, ayant infiltré profondément le tissu musculaire et ayant commencé à l'ulcérer, ce qui rendait le pronostic beaucoup moins favorable que dans les deux cas précédents. La suite de l'observation a confirmé l'opinion qui fut alors émise, bien qu'au moment de l'opération, rien ne pût faire supposer que les ganglions des tissus périmétriques fussent envahis.

Anatomie pathologique. — Il est inutile de s'étendre longuement sur l'histologie si connue de l'adénome. J'ai établi précédemment que l'*endométrite glandulaire hyperplasique* n'est

nullement de l'adénome, ce qui est démontré bien vite anatomiquement par le fait que, dans la première, la muqueuse est hypertrophiée d'une manière générale, il y a augmentation de volume mais non prolifération marquée des glandes préexistantes et le processus est absolument limité à la membrane muqueuse ; en outre la prolifération est toujours typique.

La question est encore *sub judice* de savoir si le cancer peut se développer directement aux dépens de cette endométrite ; le fait a pu être affirmé par des observateurs exclusivement cliniciens, mais quand nous voyons des histologistes aussi consciencieux que Ruge et Veit déclarer qu'ils n'ont jamais rencontré un seul exemple de cette transformation, nous pouvons bien dire que le fait n'est pas prouvé. D'un autre côté, on ne peut mettre en doute le développement du carcinome aux dépens du véritable adénome, comme le montre le cas classique de Breisky. La malignité du néoplasme, même avant la prolifération atypique de l'épithélium glandulaire au point de former des colonnes solides, et la formation de groupes isolés de cellules épithéliales, est démontrée par son invasion de la couche musculaire sous-muqueuse et la disparition du tissu fibreux interglandulaire, d'où résulte la pression les unes contre les autres des glandes voisines formant des glomérules comparés par Schrœder à une agglomération de vers de terre.

Symptomatologie. — Je n'ai pas l'intention bien que Winckel l'ait fait, de donner une description spéciale des symptômes du néoplasme en question. D'un autre côté je ne voudrais pas affirmer avec Ruge que ces symptômes n'ont rien qui permettent de les distinguer de ceux de cancer. Je crois que l'adénome malin est une condition morbide distincte qui, bien qu'elle tende à se transformer en carcinome, n'est pas du carcinome dans son premier stade, et je voudrais appeler l'attention sur ce fait, bien évident dans nos observations, qu'il existe quelques différences essentielles. Ainsi, il est évident que le cancer du corps de l'utérus ne durerait pas pendant 3 à 5 ans sans amener la mort par cachexie ou sans altérer sérieusement la santé générale. Après

avoir duré si longtemps, il y aurait certainement une douleur plus intense, des hémorrhagies plus profuses, un écoulement fétide, de l'infection septique, l'envahissement des ganglions et des tissus périmétriques. Comparez à ce sujet les cas I et II avec le III. Du reste il faut tenir grand compte du résultat négatif de l'examen des produits de raclage, si bien qu'il est toujours plus facile de déterminer avec le microscope l'absence probable que l'existence d'une affection maligne.

Diagnostic. — Me plaçant au point de vue chirurgical, je ne suis pas partisan des raffinements du diagnostic anatomique dans ces cas. A l'appui de cette manière de voir, j'appellerai seulement l'attention sur ce fait que j'ai pratiqué l'extirpation totale de l'utérus dans mes deux premiers cas, bien qu'il n'y eût aucune preuve certaine de l'existence d'une affection maligne et je fus heureux de constater que mes soupçons étaient justifiés. Les symptômes que j'ai mentionnés, chez une femme qui a passé l'âge critique, si l'on y ajoute leur récidive rapide après un curettage soigneux indiquent qu'il n'y a pas lieu de recourir au traitement palliatif. Nous appuyant sur les résultats de la chirurgie moderne aseptique, nous n'avons pas le droit d'attendre que le diagnostic soit bien établi sans l'ombre d'un doute et que la santé de la malade soit sérieusement perdue avant de nous décider aux mesures radicales.

Pronostic. — Comme le montre l'histoire des quelques cas *authentiques* d'adénome connus, la marche de l'affection est ordinairement lente et insidieuse, mais, bien qu'elle soit moins maligne que le sarcome à cellules rondes et le carcinome médullaire de l'endomètre, sa terminaison fatale n'en est pas moins certaine. Tôt ou tard, le cancer est susceptible de se développer avec tous les désastres que nous connaissons. La conservation d'un bon état général, l'absence de douleur, de sensibilité locale et d'écoulement fétide ne doit pas nous tromper. La fin, quoique retardée, est inévitable.

Traitement. — Bien que conservant une attitude quelque peu

conservatrice pour ce qui concerne l'extirpation totale dans le cancer du col, quand il détermine une affection maligne réelle ou suspecte du corps de l'utérus, j'adopterais ici les mesures les plus radicales. Fürst a raison lorsqu'il dit que le traitement palliatif de l'adénome fait plus de mal que de bien ; il aggrave simplement l'état de la malade. Je crois que chaque fois que l'adénome de l'utérus est attaqué avec la curette, il récidive simplement sous une forme plus maligne ; l'usage du galvanocautère peut présenter moins d'objections, mais c'est un procédé aveugle : « Nous avons blessé le serpent, nous ne l'avons pas tué.»

Il n'y a aucune catégorie de cas dans lesquels l'hystérectomie offre autant de chances de guérison permanente que ceux qui font le sujet de ce travail. L'opération est exceptionnellement facile, l'utérus étant petit et parfaitement mobile ; il n'y a pas d'envahissement des ganglions ou du paramétrium ; l'état général de la malade est bon ; et surtout, le mal est *entièrement* enlevé. Il est certainement plus satisfaisant pour un chirurgien d'enlever un utérus qui est le siège d'un adénome pur n'ayant pas encore atteint le stade cancéreux, que d'extirper l'organe tout entier pour un épithélioma récent de la portion vaginale, alors que les tissus malades pourraient être excisés par l'amputation élevée.

En résumé, les *conclusions* suivantes me semblent convenables :

L'adénome bénin du corps de l'utérus est une erreur de nom. Ni l'hypertrophie glandulaire de l'endomètre, ni ce qu'on appelle le polype adénoïde n'est du véritable adénome. Le véritable adénome du corps de l'utérus est essentiellement malin aussi bien anatomiquement que cliniquement — anatomiquement parce qu'il infiltre les tissus plus profonds, et cliniquement parce qu'il récidive après l'ablation et peut prendre alors un caractère plus malin.

L'adénome malin n'est pas absolument identique à l'adénocarcinome, mais il peut être regardé comme le stade initial de ce dernier, avec lequel il a beaucoup de symptômes communs.

La récidive rapide, après l'ablation, au moyen de la curette, d'une production intra-utérine qui ne semble pas être clairement maligne au point de vue histologique, et qui existe depuis longtemps, doit suggérer la pensée qu'il s'agit probablement d'un adénome, pourvu que la malade, bien qu'arrivée à l'âge où le cancer du corps de l'utérus est le plus commun, n'ait pas l'écoulement fétide et la cachexie qui existent dans les affections malignes anciennes.

Un diagnostic positif n'est possible qu'après l'exploration digitale de la cavité utérine et l'ablation avec la curette tranchante d'un fragment de la production suspecte avec le tissu musculaire sous-jacent.

Dès que le diagnostic de production maligne est devenu très probable, l'extirpation totale de l'utérus doit être pratiquée sans retard. Les traitements palliatifs favorisent simplement la transformation plus rapide en carcinome, et le pronostic, par rapport à une guérison définitive, devient beaucoup plus douteux.

(Traduit par J.-B.).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 septembre 1891.

UN CAS D'AMNÉSIE POST-ÉCLAMPTIQUE.

M. Charpentier lit un rapport à l'occasion d'une observation sur ce sujet adressée à l'Académie par M. Bidon.

L'éclampsie puerpérale cause ordinairement une certaine obnubilation intellectuelle. Dans les cas où les convulsions se répètent, il existe entre les accès une obtusion complète de l'intelligence et, quand les crises se reproduisent un certain nombre de fois, le trouble psychique est intense. Puis, peu à peu, revient la connaissance des faits actuels, mais la mémoire reste longtemps

encore en défaut, et rien ne subsiste jamais de ce qui s'est passé durant chaque accès. Plusieurs cas peuvent se présenter et l'on observe soit une lacune très limitée dans le souvenir, portant sur des mots isolés, des dates, des chiffres ; soit la perte de la mémoire de l'accouchement seul, en totalité ou en partie ; soit un oubli de l'accouchement et d'une partie du temps qui l'a précédé ; soit, enfin, une lacune beaucoup plus étendue encore.

C'est un fait de ce dernier genre que M. Bidon a eu l'occasion d'observer et dont il résume ici l'observation : il s'agit d'une femme âgée de vingt-huit ans, mariée en avril 1888. Grossesse à la fin de laquelle il y eut de l'œdème des malléoles. Le 16 mars 1889, à quatre heures du matin, rupture des membranes, suivie immédiatement de trois attaques convulsives ; accouchement à six heures et, quelques minutes après, quatrième attaque, suivie de trois autres qui se produisent un peu plus tard. De nouvelles crises, moins fortes, ont lieu dans la journée et dans la soirée. Le lendemain matin, il constate l'albuminurie. La malade présente une apathie complète et ne reconnaît personne. Elle déclare n'être pas mariée et affirme que son mari n'est que son fiancé ; elle a complètement oublié tout ce qui s'est passé depuis son départ de la maison paternelle, avant le mariage, et se croit au commencement de mars 1888.

Les caractères et la cause des convulsions, leur disparition complète, l'absence d'hystérie, d'épilepsie, de somnambulisme avant et après ces crises prouvent bien qu'il s'agit ici d'une amnésie consécutive à l'éclampsie puerpérale.

M. le rapporteur, après avoir rappelé cette observation, insiste sur ce fait intéressant qu'a présenté la malade de M. Didon, à savoir la localisation de la perte de la mémoire sur un point donné et sa longue durée : plus d'un an après l'accouchement de la malade. Habituellement, en effet, l'amnésie post-éclamptique n'est que transitoire et ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on la voit persister plusieurs mois.

M. Proust a observé un fait analogue. Il s'agissait d'une femme secondipare, dont le premier accouchement avait été normal. Il y a sept à huit ans, elle accoucha pour la seconde fois ; tout fut encore normal, mais quelques jours après, elle présenta une amnésie presque complète des faits antérieurs à son accouchement, et partielle des faits postérieurs.

Il est bon d'ajouter qu'elle n'avait pas eu d'attaques d'éclampsie, pas d'albumine dans les urines, pas d'aphasie ni de paralysie. Dans ce cas, non plus, l'amnésie ne pouvait pas être mise sur le compte d'une lésion organique, elle était évidemment d'ordre dynamique.

M. Proust a revu cette dame il y a peu de temps et elle n'a pas encore recouvré complètement la mémoire.

(*Gazette des hôpitaux.*)

CONGRÈS POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1891).

DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR LA CASTRATION OVARIENNE.

M. le Pr Raynaud (Limoges). — Trois observations de fibromes utérins traités par la castration ovarienne. Dans les deux premières, succès complet ; dans la troisième, mort deux jours après. *Conclusions* : 1° La disposition totale des fibromes utérins peut être obtenue par la castration ovarienne ; 2° Dans les fibromes petits et moyens on doit toujours tenter la castration ovarienne, surtout lorsqu'il y a des douleurs et des hémorrhagies ; 3° Même dans les cas de fibromes volumineux, la castration doit être faite.

CARCINOME OVARIEN ET PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

M. le Dr Ch. Bourdillon (de Marseille). — Une femme de 40 ans, présentant des signes douteux de néoplasme ovarien et qui, à la suite d'une angine aiguë, eut successivement des phlébites multiples : 1° Cette observation offre un exemple de néoplasme malin en quelque sorte établi par l'apparition d'un œdème blanc douloureux ; 2° Il s'agit d'un phlegmatia survenant dès le début d'un cancer ovarien, à une époque où il n'y a pas de trace de cachexie ; 3° Thrombose jugulaire ; 4° Chez notre malade, la clinique témoigne de l'intervention d'une infection secondaire ; 4° La culture du sang a fourni la preuve de l'infection secondaire en démontrant des microcoques en chaînettes dans les stries d'ensemencement. Il est donc probable que l'action microbienne s'est d'abord attaquée sur une veine, et de ce foyer de coagula-

tion primitif sont partis des germes allant déterminer des lésions analogues sur d'autres points du système veineux.

DU NETTOYAGE MANUEL DE L'UTÉRUS IMMÉDIATEMENT APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Mme Gaches-Sarraute (de Paris). — Comme complément à sa communication au Congrès de Limoges sur les dangers de l'ergot de seigle, l'auteur a cherché à appliquer le nettoyage de l'utérus à la prophylaxie des métrites. Elle décrit l'utérus et nous le montre après la délivrance, très nettement divisé en deux parties, l'une inférieure formée par le col, dans ses deux portions, l'autre supérieure formée par la partie musculaire. La région du col, ayant la forme d'une membrane lisse, souple, très largement ouverte, ne retenant jamais ni caillot ni détritus membraneux, la supérieure, au contraire, mamelonnée, irrégulière, principal siège de la résorption. De ces deux portions, la supérieure seulement serait intéressante, c'est elle qui contient les caillots, les corps étrangers capables de se putréfier ou de s'organiser et produire de cette façon soit les accidents immédiats de l'accouchement, soit les métrites chroniques ultérieures. L'auteur s'attache à nous montrer qu'il faut débarrasser cet utérus des corps étrangers qu'il contient, qu'il faut l'aider dans cette élimination pour lui permettre ensuite de se rétracter efficacement et de se garantir lui-même contre les invasions extérieures. Elle nous fait remarquer qu'à l'aide de cette manœuvre qui n'a rien de barbare, les femmes échappent à la métrite et qu'elles deviennent bien plus facilement enceintes lorsque leur utérus est en bon état. Les suites de couches sont amoindries, comme durée ; l'utérus se rétracte rapidement, il ne se produit jamais d'hémorrhagie. Comme conclusion, donc : avantages immédiats et futurs. (*Le Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre. — Présidence de M. Terrier.

—

RÉSECTION DES OVAIRES : SALPINGORRAPHIE.

M. Routier. — La question de la résection des ovaires, dont

M. Pozzi nous a entretenu à la dernière séance de la Société (Voir *Bulletin médical*, p. 711, 1891) me paraît devoir donner lieu à des considérations d'autant plus intéressantes qu'elle se rattache à l'étude de la castration incomplète. Ce point de thérapeutique est loin d'être définitivement établi, et dans un mémoire antérieur sur ce sujet j'ai pris soin de noter spécialement qu'il y avait une distinction à établir, suivant que l'on se trouvait en présence de néoplasmes développés aux dépens de l'ovaire, ou bien de salpingo-ovarites ou d'ovaires scléro-kystiques. Pour ce qui concerne ces dernières variétés de lésions, je crois que la castration partielle est discutable, car il n'est pas absolument prouvé qu'elle assure pour l'avenir une guérison définitive. S'il peut en être ainsi, ne sait-on pas que parfois, d'après les examens anatomo-pathologiques, la dégénérescence kystique se produit de nouveau sur les moignons ovariens, d'où le retour des douleurs et des accidents qui existaient avant la résection partielle de l'organe. C'est là une récidive qui a grande chance de se produire et qui doit mettre en garde contre l'intervention partielle.

Il semble que jusqu'alors telle est bien l'opinion générale, si l'on se reporte aux différentes communications faites au dernier Congrès de chirurgie, où l'on a pu entendre la plupart des orateurs proclamer que l'ablation totale des annexes était préférable.

Pour ma part, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater le bien fondé de cette pratique, soit que la trompe ou une portion d'ovaire ait été conservée. Chez une femme de 38 ans, en particulier, qui avait déjà en vain subi un curettage, j'ai dû faire la laparotomie. L'ovaire seul étant scléro-kystique et la trompe saine, je n'ai enlevé que le premier ; mal m'en a pris, car les métrorrhagies ont reparu, et comme un nouveau curettage était resté infructueux, j'ai été amené, pour guérir ma malade, à faire une hystérectomie.

Plusieurs autres faits d'opérations incomplètes m'ont encore donné des insuccès et ont nécessité une intervention plus radicale. Je ne citerai que l'un de ces faits, qui a trait à une femme de 32 ans ; cette malade, à la suite d'un accouchement, fut atteinte de différents accidents que l'on tenta inutilement de traiter par le curettage. La malade présentait de la rétroflexion et un

ovaire volumineux kystique, que je détruisis partiellement en complétant le traitement par l'hystéropexie. Quelques mois s'étaient à peine écoulés que les douleurs reparaissaient et qu'il fallait en arriver à l'hystérectomie vaginale, ce qui a amené la guérison définitive.

En présence de ces résultats, je crois qu'il y a lieu de faire quelques réserves sur la résection ovarienne.

M. Pozzi. — Les deux opérations de résection ovarienne que j'ai faites étant encore de date assez récente, ce n'est pas leur témoignage que j'invoquerai aujourd'hui pour répondre à M. Routier ; il me paraît préférable d'attendre encore quelque temps. Toutefois, il est un argument théorique de notre collègue que je ne puis passer sous silence, c'est l'hypothèse qu'il a émise qu'un ovaire, en partie kystique, subira forcément cette dégénérescence dans la portion qui échappe à l'instrument. Cette assertion prophétique aurait, à ce qu'il me semble, besoin de la consécration pratique.

D'ailleurs, je ne vois pas de raisons majeures qui puissent s'opposer à ce que l'on tente tout d'abord une castration partielle ; si cette dernière échoue, il sera toujours temps d'intervenir plus radicalement. Est-ce à dire que la résection est indiquée dans tous les cas ? Nullement ; je la considère au contraire comme une opération d'exception, mais je la crois très rationnelle, toutes les fois que l'on a affaire à une dégénérescence bénigne ou limitée de l'ovaire.

Tel n'était pas le cas des affections que présentaient les malades citées par M. Routier ; les lésions étaient complexes et non justiciables de la résection ovarienne. C'est, au contraire, ce qui m'a paru indiqué chez les deux femmes que j'ai opérées.

De pareils faits se présenteront certainement à l'avenir, et si l'on prend en considération, d'une part, le souci que l'on doit avoir de conserver à la femme sa fécondité, et d'autre part, les résultats heureux que donne la simple destruction des adhérences dans les cas de péri-ovarites, je suis convaincu que la résection ovarienne deviendra une opération légitime et donnera des succès.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

Séance du 27 juillet 1891.

—

FŒTUS ÉTRANGLÉ PAR UNE CIRCULAIRE DU CORDON.

M. Lefour présente un fœtus de trois mois et demi, mort et macéré et portant sur le cou des traces nettes de compression par le cordon. Ce dernier, très grêle, est long de vingt-sept centimètres. Il suppose que la mort est due à un double mécanisme : compression du cordon par le cou et du cou par le cordon.

TUBERCULOSE GÉNITALE CHEZ LA FEMME (UTÉRUS ET OVAIRE).

M. Duffau présente les pièces anatomiques provenant d'une femme morte dans le service de M. le Dr Verdalle de tuberculose généralisée. Cette tuberculose avait frappé les deux poumons, mais s'était surtout développée du côté des ganglions lymphatiques qui, dans les différentes régions où ils se rencontrent d'habitude, étaient tous volumineux, ramollis et caséeux.

Les pièces les plus intéressantes, celles qui font l'objet de la présentation, sont les organes génitaux, utérus et ovaire gauche.

En pratiquant une coupe longitudinale, au niveau du fond de l'utérus, on voit, dans l'épaisseur même du muscle utérin, deux noyaux complètement ramollis et caséeux, ayant à peu près chacun le volume d'une belle noisette.

Ces deux noyaux ont détruit à ce niveau tout le tissu utérin et communiquent avec la cavité même de l'organe.

A gauche de l'utérus, dans l'épaisseur du ligament large, qui est considérablement épaissi et adhérent aux différents organes voisins, on trouve l'ovaire, ou ce qui tout au moins paraît être très vraisemblablement cet organe, augmenté de volume et, dans son épaisseur, à la coupe, on peut voir deux noyaux blancs jaunâtres, durs à la périphérie et à leur centre, gros comme une tête d'épingle, un point ramolli et duquel on peut ramener avec la pointe d'un petit stylet de la matière caséeuse.

La malade, âgée de vingt-six ans, était entrée à l'hôpital dans un état de cachexie déjà assez avancé. Ces différentes lésions ont

passé inaperçues ; elle n'avait présenté, depuis son admission, aucun symptôme apparent et n'avait, à aucun moment, attiré l'attention de ce côté-là.

Un examen microscopique de ces différentes pièces sera pratiqué et le résultat en sera donné ultérieurement.

FIBROME DE L'OVAIRE.

M. MATIGNON. L... (Marie), quarante-neuf ans, entre le 16 juillet dans le service de M. le Dr Baudrimont.

Antécédents héréditaires : les renseignements fournis manquent d'exactitude.

Antécédents personnels : santé délicate ; rhumatisante. Elle a toujours été mal réglée ; elle perdait peu et ses règles venaient très irrégulièrement. Elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches. Ses règles se sont arrêtées à quarante-six ans.

Il y a trois ans, elle eut des coliques utérines assez vives qui furent suivies de vomissements. Ces coliques se montrèrent de temps à autre, revenant tous les quatre à cinq mois.

En octobre 1890, à la suite d'une promenade un peu longue, elle fut prise, pendant la nuit, de coliques très douloureuses, de vomissements pénibles et souvent répétés. Le ventre n'était pas ballonné. Le lendemain, tout était rentré dans l'ordre.

Jusqu'au mois de juin 1891, cette femme n'a pas beaucoup souffert. A partir de cette époque, elle accuse à la région hypogastrique une sensation de pesanteur qui lui empêche de faire des marches un peu longues. Si la malade fatigue un peu dans la journée, elle souffre beaucoup durant la nuit.

A la palpation, qui n'éveillait que très peu de douleur, on rencontrait une tumeur dure, ronde, à peu près régulière, d'une mobilité extrême, rappelant le ballottement fœtal ; on eût dit un bloc de glace en suspension dans l'eau. La percussion et les changements de côté de la malade démontrent l'existence d'une ascite assez considérable. Le toucher vaginal montre le col utérin mou, la matrice mobile et les mouvements de cette dernière non transmis à la tumeur. Le doigt, introduit dans le cul-de-sac antérieur et supérieur, rencontrait la tumeur, lui imprimait des mouvements de haut en bas ; on pouvait lancer en haut la tumeur qui retombait sur le doigt, donnant à ce dernier une sen-

sation d'élasticité très nette. L'utérus était légèrement abaissé ; la vessie en cystocèle. Pas de troubles du côté du rectum.

Avions-nous affaire à une tumeur de l'ovaire ou à un fibrome pédiculé de l'utérus ? Il était impossible de faire un diagnostic.

L'opération fut pratiquée le 25 juillet ; à l'ouverture de la paroi abdominale, un liquide ascitique s'écoula en grande quantité. On tomba sur une tumeur dure, blanche, enclavée dans le petit bassin, d'une mobilité extrême. Cette tumeur roulait sous le doigt, était impossible à prendre et n'avait aucune adhérence ; prise entre les mors d'une pince de Museux, il fut facile de lui faire franchir le détroit supérieur. Le pédicule fut lié soigneusement.

L'examen histologique a démontré que cette tumeur était un fibrome de l'ovaire.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

REVUE DE LA PRESSE

DE L'HÉLÉNINE CONTRE LA LEUCORRHÉE

par le Dr Hamonic.

L'hélénine a déjà été utilisée en thérapeutique dans les affections des voies respiratoires, dans la tuberculose, dans les diarrhées infantiles (Korab), dans la diphtérie (Beltran Obiel), dans la coqueluche (Velenzula). Nous lisons, dans de vieux traités que la racine de grande aunée est tonique et diaphorétique, et qu'on peut la prescrire, avec avantage, dans certaines dermatoses.

Nous n'entrerons pas ici dans tous ces détails, l'un de nous devant, dans quelque temps, publier une monographie complète sur l'hélénine et ses divers modes d'action.

L'hélénine est tirée de la racine de *l'Inula Helenium* ou *grande aunée*, plante de la famille des synanthérées. En outre de l'hélénine, cette racine contient l'*inuline*, sorte d'amidon qui n'a dans l'espèce aucune valeur thérapeutique.

L'hélénine brute se présente sous la forme d'une poudre jaunâtre, un peu amère, d'une odeur assez agréable. Elle est imparfaitement soluble dans l'alcool.

Elle est formée par la réunion de trois substances isolables :

1° *Un camphre* (l'alantol) ;

2° *Un anhydride* (anhydride alantique) $C^{30} H^{20} O^4$;

3° *Un principe cristallisable* (l'hélénine proprement dite) $C^{12} H^8$.

Nos recherches ont porté sur *l'hélénine brute* et *l'hélénine cristallisée* — celle-ci bien plus active que celle-là.

L'hélénine cristallisée est assez soluble dans l'alcool à la température ordinaire.

Sa solubilité devient considérable à 37° centigrades. C'est à cette température que nous avons fait nos injections hypodermiques.

En se refroidissant lentement et à l'abri de l'air, la solution concentrée présente le phénomène de la sursaturation. Le précipité apparaît brusquement vers 10° centigrades.

Nous avons pratiqué des injections hypodermiques d'hélénine à des rats blancs et à des cobayes, et malgré l'affirmation contraire d'expérimentateurs qui nous ont précédé (Pilatte, 1885), nous affirmons que ces injections présentent une toxicité à peu près nulle.

A des rats d'un poids de 240 grammes environ, nous avons pu faire absorber par la bouche 0,15 centigr. d'hélénine brute et injecter sous la peau 0,15 centigr. d'hélénine cristallisée sans les tuer.

Nous sommes arrivés jusqu'à 0,25 centigr. chez le cobaye.

Il est vrai d'ajouter que, dans un cas, nous avons obtenu chez cet animal, avec 0,25 centigr. d'hélénine cristallisée, en injection hypodermique une eschare énorme, au niveau de la piqûre. Cette eschare, qui avait la dimension d'une pièce de 5 francs, a mis la vie de l'animal en danger. Aujourd'hui il est guéri. Dans ce cas, nous estimons que les symptômes généraux étaient le fait, bien plus de la lésion locale que celui d'une intoxication.

Dans les expériences auxquelles nous faisons allusion les doses d'hélénine rapportées à l'homme représentent des chiffres considérables.

Nous avons expérimenté l'hélénine sur l'homme dans *l'uréthrite blennorrhagique* aiguë et chronique, dans le *catarrhe uréthral* et dans *l'uréthrite bulbaire*.

Dans le premier cas nous en avons obtenu de mauvais effets.

Dès les premières doses (un centigramme par jour) la maladie subissait une exacerbation violente et reprenait son cours dès qu'on cessait le remède.

Dans le second et troisième cas, l'hélénine ne nous a rien donné,

sinon quelques poussées aiguës légères venant se greffer sur l'état chronique.

Nous avons renoncé à l'emploi de l'hélénine dans ce groupe d'affections.

L'indication véritable de l'hélénine dans les maladies génito-urinaires est la *leucorrhée*, surtout lorsqu'elle est liée à l'*endométrite catarrhale*.

On comprend bien que si elle résulte d'un *corps fibreux*, d'un *polype* ou de toute autre *cause chirurgicale*, l'hélénine est impuissante ; et, cependant, même dans ces cas, elle modifie le symptôme.

L'hélénine exerce une *action élective* sur les glandes du col utérin. Elle dessèche la muqueuse de la matrice et fait disparaître admirablement ces glaires utérines, visqueuses, muco-purulentes qui sont la conséquence de *l'endométrite catarrhale*.

Elle peut, sans le secours d'aucune action locale *directe*, amener la guérison définitive de la malade.

Nous avons déjà plus de soixante observations probantes qui seront publiées ultérieurement.

L'hélénine est très bien tolérée.

Il est inutile de dépasser quatre centigrammes par 24 heures. Un ou deux centigrammes suffisent ordinairement.

Exceptionnellement, ce remède donne lieu à un peu de diarrhée, à des renvois, à de la lourdeur d'estomac ou à quelques crampes.

Pour l'usage interne, nous employons ordinairement l'hélénine brute.

On peut donner l'hélénine sous cette forme :

Hélénine brute.....	ãã 1 gramme
Inuline.....	
Sucre de lait.....	Q. S.

pour 100 pilules.

De deux à quatre dans les 24 heures.

L'inuline n'ayant aucune valeur thérapeutique, on peut la supprimer ou la remplacer par de la poudre de réglisse ou de la conserve de rose.

Nous avons essayé l'action locale de la racine de grande aunée, sous forme de décoction donnée en injections. Mais nous n'en avons obtenu que des effets irritants pour la muqueuse du vagin.

Actuellement, nous expérimentons les effets locaux de solutions

alcooliques concentrées d'hélénine portées directement sur la muqueuse utérine. Mais nous n'avons pas encore un assez grand nombre d'observations pour pouvoir les communiquer.

(*Journ. de méd. de Paris*).

GUÉRISON SPONTANÉE D'UN VOLUMINEUX FIBRO-MYOME DE L'UTÉRUS,

Par les docteurs A. Popoff et O. Stoff.

(*Deutsche Medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 22, p. 730.)

Les exemples connus de guérison spontanée d'un fibro-myome de l'utérus sont très peu nombreux. Gusserow, dans un travail classique sur les néoplasies de l'utérus (*Deutsche Chirurgie*, fascicule 57), n'en mentionne que trois, publiés antérieurement à l'année 1876. Popoff et Stoff, en compulsant les recueils de la littérature médicale, en ont trouvé deux autres, auxquels ils adjoignent un sixième cas observé par eux.

Cette observation concerne une institutrice qui avait consulté une première fois M. Stoff en 1884, pour des hémorrhagies utérines dont elle souffrait depuis quelques mois ; elle avait alors 24 ans. Un traitement symptomatique amena une amélioration assez prononcée. Mais l'année suivante (septembre 1885), les métrorrhagies reprirent leur intensité première ; écoulement vaginal fétide ; le fond de l'utérus remontait jusqu'à l'ombilic. Rien d'anormal du côté des annexes. Le traitement consista en injections vaginales de sublimé ; électrisation de l'utérus à travers la paroi abdominale.

Entre temps, on institua un traitement par les injections sous-cutanées d'ergotine, qui furent faites au nombre de 20 ; on avait, bien entendu, porté le diagnostic de fibro-myome de l'utérus. Les hémorrhagies s'arrêtèrent pour ne plus se produire que dans le courant de l'hiver 1888-1889. A ce moment, la malade eut une attaque d'influenza compliquée d'une pneumonie catarrhale. La matité précordiale était augmentée dans tous les sens : les mouvements du cœur étaient tumultueux, arythmiques. La malade était prise, par moments, de violentes douleurs dans le ventre, qui se calmaient sitôt qu'elle arrivait à rendre des gaz par le bas. Le fond de la matrice dépassait toujours l'ombilic de 2 1/2 centimètres.

Environ un mois plus tard, il s'établit un écoulement séreux, fétide, par les parties génitales. Puis l'écoulement devint purulent et

sa fétidité s'accentua ; l'utérus se mit à diminuer de volume. Précédemment le fond de l'organe était à 19 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne ; maintenant il n'était plus qu'à 8 centimètres de ce même niveau. Avec cela l'état général de la malade était des plus mauvais. Une nuit, la malade expulsa par les parties génitales un fragment de tumeur qui mesurait 16 centimètres en longueur, 8 centimètres en largeur et 5 centimètres en épaisseur ; quelques heures plus tard, survint une hémorrhagie peu abondante, qui s'arrêta d'elle-même. La malade était défaillante, son pouls filiforme. On lui administra un lavement d'eau salée (0,6 %) et on lui fit prendre du thé chaud avec un peu de cognac, ainsi que du Champagne, ce qui la ranima. Le lendemain, elle rendit encore quelques fragments de tumeur, identiques, comme aspect, à celui de la veille. L'examen microscopique de ces fragments fournit la preuve qu'ils provenaient d'un fibro-myome. Pendant trois semaines environ, il se fit encore par le vagin un écoulement purulent d'abord, séreux dans la suite, et en raison duquel on fit des injections de sublimé, puis des injections de permanganate de potasse. Puis l'état général s'améliora ; en même temps on pouvait constater que la matrice avait repris sa consistance normale; elle était encore légèrement augmentée de volume, comme un utérus au second mois de la gestation.

En somme, la suppuration de la tumeur avait été provoquée par l'attaque intercurrente d'influenza.

(*Rev. de thér. gén. et therm.*)

QUELQUES FAITS D'ATRÉSIE UTÉRINE CONSÉCUTIVE A LA CAUTÉRISATION PAR LE CRAYON DE CHLORURE DE ZINC, par le Dr ANDRÉ BOURSIER, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux.

A la suite des communications de M. Dumontpallier à l'Académie de Médecine et de M. Polaillon à la Société de Chirurgie, le traitement des métrites internes par la cautérisation au moyen d'un crayon de chlorure de zinc introduit dans la cavité utérine avait été assez généralement bien accueilli par le monde médical, sauf certaines réserves cependant (1).

Or, depuis quelque temps, il se produit un véritable mouvement de réaction contre cette méthode, qui paraissait d'une application si

(1) Notamment dans la *Revue des Maladies des Femmes*. (N. D. L. R.).

facile et qui semblait si peu dangereuse. Quelques chirurgiens viennent de publier un certain nombre de cas malheureux ou du moins d'accidents tardifs imputables à ce mode opératoire. Sans vouloir les passer tous en revue, je désire seulement parler ici des cas d'atrésie de la cavité utérine, amenant consécutivement des troubles menstruels importants.

Voici comment s'expliquent ces accidents. Le crayon cylindrique de chlorure de zinc introduit dans la cavité utérine ne s'adapte nullement à la forme de cette cavité et alors il arrive que certaines parties, telles que les cornes utérines, peuvent échapper en partie à l'action du caustique, tandis qu'au contraire d'autres régions plus étroites, comme l'orifice interne du col, sont en contact trop énergique avec le cylindre médicamenteux. De là, une action plus intense du caustique à ce niveau, une eschare trop profonde dépassant les limites de la muqueuse et capable de donner naissance à une cicatrice circulaire dont la rétraction amènera une atrésie plus ou moins complète.

C'est par la publication d'une atrésie de ce genre, suivie malheureusement d'hémato-salpingite double, que notre collègue et ami Routier a ouvert la discussion devant la Société de Chirurgie, dans la séance du 1er octobre 1890. Plusieurs autres membres de cette Société apportèrent des faits analogues. MM. Pozzi, Segond, Regnier, Quénu firent connaître, dans les séances suivantes, un certain nombre de cas d'atrésie utérine plus ou moins complète, consécutive à l'emploi du crayon de chlorure de zinc. Nous ne pouvons ici rapporter en détail ces faits qui ont déjà été publiés dans les comptes rendus de la Société; mais nous désirons faire connaître *deux nouveaux faits inédits d'atrésie de l'orifice interne du col,* qui nous ont été communiqués par notre collègue et ami le Dr G. Dubourg.

Obs. I. — Le premier de ces faits concerne une femme de trente-six ans, mariée et mère d'un enfant de cinq ans, qui entra à l'hôpital Saint-André pour faire soigner une métrite interne, au mois d'octobre 1889. Elle subit l'application d'un crayon de chlorure de zinc de six millimètres de diamètre.

Depuis ce traitement, ses règles n'ont plus reparu ; mais, à chaque époque menstruelle, elle éprouvait des douleurs vives, qui duraient quatre ou cinq jours. Elle revint à l'hôpital le 16 septembre 1890 et fut placée dans le service de M. Dubourg qui, en l'examinant, cons-

tata une oblitération complète de l'orifice interne du col utérin. L'utérus n'était ni hypertrophié ni douloureux.

Pour remédier à cet accident, le 19 septembre, M. Dubourg, après avoir fixé l'utérus à l'aide d'une pince fixatrice, introduisit, au niveau du rétrécissement, une aiguille montée sur un manche et terminée par une pointe lancéolée, un peu mousse. Après un léger effort, il sentit qu'il traversait le point résistant. L'aiguille est retirée aussitôt et à sa place le chirurgien put introduire un hystéromètre ordinaire. Il pratiqua ensuite la dilatation du point rétréci, à l'aide de tiges de laminaire et de bougies olivaires et, dans les premiers jours d'octobre, la malade vit reparaître ses règles. Elle se porte bien depuis.

Obs. II. — La seconde observation a trait à une femme de trente-trois ans, mariée et mère d'un enfant de six ans, qui entra à l'hôpital Saint-André en février 1890, pour faire traiter une métrite ancienne avec rétroflexion légère. On lui plaça un crayon caustique de sept millimètres environ. L'eschare épaisse, ayant la forme de la cavité utérine, tomba le huitième jour.

Les suites furent bénignes. M. Dubourg pratiqua, avant de la laisser sortir du service, une dilatation méthodique de l'utérus. Elle revint au mois de juin ; elle n'avait vu reparaître ses règles qu'au mois de mars. Depuis, à chaque époque, douleurs très vives. Elle souffrait d'ailleurs aussi entre les époques.

A l'examen, atrésie complète de l'orifice interne du col, qui ne laisse rien passer. Elle refusa toute intervention.

M. Dubourg a appris depuis qu'elle a accepté de se laisser opérer par un médecin de la ville ; mais il n'a aucun renseignement précis sur les moyens mis en œuvre ni sur leur résultat.

Ces deux observations, qui nous ont été très aimablement communiquées par notre confrère, se rapprochent complètement des faits qui ont été apportés à la tribune de la Société de Chirurgie et que nous avons rappelés précédemment. Il s'agit, les deux fois, très nettement de rétrécissement de l'isthme utérin ; c'est bien au niveau de l'orifice interne du col que se trouve l'oblitération.

Cependant, il existe d'autres cas, où l'atrésie peut siéger sur d'autres points de la cavité utérine, au niveau même du corps de l'utérus. Segond a signalé à la Société de Chirurgie trois cas d'atrésie incomplète, siégeant très haut, c'est-à-dire au-delà de l'orifice interne du col.

Nous pouvons ajouter à ces faits une *observation nouvelle iné-*

dite, dont les détails nous ont été communiqués par le Dr Durand (de la Sauve), qui a soigné la malade.

Obs. III. — Au début de janvier 1890, je vis dans mon cabinet une femme âgée de vingt-neuf ans, qui m'était adressée par M. le Dr Durand pour me demander mon avis à son sujet. Elle avait déjà depuis longtemps des douleurs dans le bas-ventre, des pertes fétides et sanguinolentes et de la dyspepsie. A l'examen, on constate un col volumineux, laissant passer des fongosités molles saignant facilement et peu douloureuses au toucher. Le vagin était sain, l'utérus mobile et très légèrement augmenté de volume. Je diagnostiquai une métrite interne fongueuse et je conseillai à mon confrère l'emploi de la cautérisation par le bâton de chlorure de zinc.

Le Dr Durand introduisit, le 9 janvier, un crayon caustique de quatre millimètres de diamètre et de six centimètres de long. Une eschare volumineuse se détacha quatre jours après. Peu après, on peut constater que les fongosités ont disparu et l'état général devient rapidement très satisfaisant. Cependant, on voit survenir des pertes fétides non sanguinolentes qui, malgré quelques cautérisations au thermocautère, persistèrent jusqu'au mois d'avril. Pour les faire disparaître, M. Durand se décida alors, sur mon conseil, à tenter une seconde application du crayon caustique. A la suite de cette seconde cautérisation, ces pertes ont cessé ; mais le col utérin est devenu plus étroit et, malgré des dilatations successives avec des tiges de laminaria, M. Durand n'a jamais pu introduire son hystéromètre à plus de quatre centimètres et demi, alors qu'avant la première cautérisation il pénétrait jusqu'à six centimètres et demi. D'ailleurs, depuis la première cautérisation, les règles n'ont pas reparu et à chaque époque menstruelle la malade éprouve de vives douleurs dans le bas-ventre. A part cet accident, elle est tout à fait rétablie et son état général est très satisfaisant.

Ainsi donc, voilà un cas dans lequel l'atrésie se produit complète, à quatre centimètres et demi, c'est-à-dire très manifestement au-dessus du col de l'utérus, au niveau de la cavité utérine proprement dite. Au point de vue thérapeutique, ce dernier cas est manifestement plus grave que les premiers, car ce rétrécissement situé au voisinage du fond de la cavité utérine ne permet pas, aussi facilement que l'atrésie de l'isthme, de créer un canal artificiel rétablissant la cavité, comme l'ont fait plusieurs chirurgiens et notamment M. Dubourg (*obs. I*).

Sans vouloir ici discuter le traitement de ces atrésies, ce qui nous entraînerait trop loin, nous désirons seulement poser la question suivante : En présence des faits malheureux qui viennent d'être publiés, devons-nous condamner tout à fait la méthode des cautérisations par le crayon de chlorure de zinc, comme le voudraient certains chirurgiens et en particulier Routier ? Faut-il, au contraire, attribuer à certains défauts d'application les accidents observés ? Nous serions tentés de nous ranger à cette seconde opinion. En effet, dans les cas que nous venons de publier, peut-être les crayons de chlorure de zinc étaient-ils trop volumineux. Dans les observations II et III, le bâton caustique avait six et quatre millimètres de diamètre, et comme l'eschare a toujours une épaisseur proportionnelle aux dimensions du caustique employé, il est probable que des crayons d'un diamètre moindre pourraient suffire à produire la mortification de la muqueuse sans entamer le tissu sous-muqueux. Certains chirurgiens, en effet, ne dépassent jamais deux à trois millimètres.

D'autre part, la dilatation préalable bien faite de la cavité utérine et surtout une dilatation progressive méthodique de l'utérus après la chute de l'eschare, nous paraissent des précautions nécessaires pour éviter souvent la production de rétrécissements capables d'amener à leur suite des troubles menstruels.

Peut-être aussi faudrait-il, au lieu d'appliquer ce mode de traitement indistinctement à tous les cas de métrite interne, parce qu'il est plus facile et plus commode que le curetage, par exemple, en préciser davantage les indications. C'est, du reste, la conduite qu'a préconisée un des parrains de la méthode, M. Polaillon, dans la séance du 8 octobre 1860, à la Société de Chirurgie. Il demande, en effet, « qu'on choisisse les cas et qu'on gradue les doses autant que possible ».

Nous sommes tout disposé à nous ranger à cette opinion. En effet, cette méthode a donné et donne encore, entre des mains expérimentées et dans des cas bien choisis, de très nombreux et très réels succès. Il nous semble qu'il serait prématuré de le condamner absolument bien qu'on doive tenir grand compte des accidents récemments publiés. Ils doivent nous engager surtout à faire tous nos efforts pour préciser davantage les indications nettes et formelles de ce mode de traitement, et ce n'est que par la connaissance d'un très grand nombre de faits aussi bien heureux que malheureux qu'il sera possible d'arriver à dégager complètement les indications de cette

méthode, ainsi qu'à fixer suffisamment tous les détails du manuel opératoire. (*Journal de méd. de Bordeaux.*)

INFECTION PUERPÉRALE PRODUITE PAR DES STAPHYLOCOQUES

A la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, M. W. Dubreuilh a communiqué deux cas dans lesquels l'infection puerpérale était due au staphylocoque doré ; en voici le résumé :

J'ai examiné, dit M. Dubreuilh, le sang d'une malade entrée dans le service d'isolement de la Clinique obstétricale avec des accidents puerpéraux. Elle avait une fièvre vive et son état général était assez mauvais.

Le sang a été recueilli de la manière suivante : le doigt de la malade, savonné puis lavé au sublimé, était séché et recouvert d'un enduit de collodion ; c'est à travers de cette membrane que j'ai fait une piqûre avec une aiguille lancéolée, préalablement stérilisée. Avec ce sang, j'ai ensemencé des tubes d'agar ou de gélatine. Dans chaque tube, j'ensemençai une quantité assez notable de sang.

La plupart des tubes ensemencés (3 sur 4) ont fourni des cultures. Chaque tube, malgré la quantité de matière ensemencée, ne contenait qu'un petit nombre de colonies. Les unes appartenaient au staphylococcus pyogenes aureus, les autres au staphylococcus cereus albus.

Chez cette malade, l'affection s'est terminée par la mort et il n'y a eu de suppuration en aucun point du corps.

L'infection puerpérale est généralement due au streptocoque pyogène et, dans toutes les observations qui sont rapportées dans la thèse de Widal, on voit qu'il s'agit du streptocoque. Il est rare, bien que plusieurs faits aient été rapportés, de voir l'infection puerpérale causée par le staphylocoque doré. Il est particulièrement exceptionnel de voir une infection générale par le staphylocoque ne produire qu'une septicémie sans suppuration.

(*Bull. méd.*)

UN CAS D'HÉMOGLOBINURIE CONSÉCUTIVE A UNE INJECTION INTRA-UTÉRINE D'UNE SOLUTION PHÉNIQUÉE

Par R. Krukenberg (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*, t. XX fasc. 1.)

A la suite d'un avortement avec rétention partielle de l'œuf, on

avait pratiqué le curettage de l'utérus, chez la femme qui fait le sujet de l'observation de Krukenberg. Puis on avait injecté dans la cavité utérine, environ cinq quarts de litre d'une solution phéniquée à 2.7 %. La femme était sous l'influence des inhalations de chloroforme. Subitement elle vint en proie à des accidents d'asphyxie, qu'on mit d'abord sur le compte de l'anesthésie chloroformique. Les accidents asphyxiques cédèrent aux manœuvres de respiration artificielle, mais ce n'est qu'au bout de deux heures qu'on put tirer la femme du coma. On pratiqua ensuite le cathétérisme de la vessie; on retira une urine d'un rouge foncé. Le lendemain on constatait l'existence d'un ictère intense, de l'hémoglobinurie, d'un engorgement de la rate. A partir du septième jour, frissons, fièvre. La température interne s'est élevée à 39° ; la fréquence du pouls s'est toujours maintenue au-dessous de 100. La malade a succombé le onzième jour. A noter que la diurèse alla en diminuant, et qu'à la fin, il y a eu anurie complète. A partir du second jour, on a pu constater la présence de cylindres d'hémoglobine dans les urines.

A l'autopsie on a trouvé les lésions d'une endométrite putride et d'une néphrite parenchymateuse aiguë, avec infarctus d'hémoglobine dans les tubes droits, et dans un grand nombre d'anses de Henle.

A l'idée de l'auteur, il y a eu pénétration directe de l'acide phénique dans les veines utérines. Selon lui, ce fait démontre que les lavages intra-utérins phéniqués ne doivent avoir lieu que sous faible pression et alors que le libre reflux du liquide est assuré. Autant que possible les lavages ne devront être faits qu'au réveil de la femme. Un aide devra appliquer ses mains sur l'utérus, pour surveiller cet organe.

(*Rev. de thér. génér. et thér.*)

KYSTES GAZEUX DU VAGIN.

La singulière affection décrite sous le nom de *vaginite emphysémateuse* a surtout été observée en Allemagne, ainsi qu'il ressort de la revue qu'en fait *Ernest Herman*, à l'occasion d'un cas qu'il a eu l'occasion d'observer. Il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans, multipare, ayant souffert autrefois de dysménorrhée. Le vagin était pavé de nodules durs, de couleur gris foncé, et dont le volume variait de celui d'un grain de chènevis à celui d'un pois. Quand on piquait ces nodules, ils s'affaissaient brusquement en produisant un

bruit nettement perceptible et, comme l'auteur a pu s'en assurer, en les piquant sous l'eau, ils laissaient échapper une bulle de gaz.

Zweifel, qui a fait un travail important sur ce sujet, a montré que ces kystes gazeux contiennent de la triméthylamine. Ils sont probablement dus à des phénomènes de décomposition se passant dans des kystes glandulaires par rétention. Ils ont surtout été observés pendant la grossesse ou après l'accouchement et ne paraissent liés d'une façon bien évidente à aucun trouble morbide de l'appareil génital. Ils peuvent, du reste, disparaître spontanément.

(*Lancet*, 6 juin 1891.)

HÉMORRHAGIE PULMONAIRE MORTELLE PENDANT LA MENSTRUATION.

M. Mark Flesch rapporte l'observation suivante : une femme de 28 ans, petite, extraordinairement obèse et présentant des signes de dégénérescence graisseuse du cœur, fut prise au sixième mois de sa grossesse d'une bronchite très tenace. L'accouchement se fit bien, ses suites furent régulières. Mais deux mois plus tard, la bronchite étant devenue fétide, et un peu d'œdème ayant apparu, le sevrage fut nécessaire. Les accidents pulmonaires, qui s'étaient d'abord aggravés, étaient en voie de disparition, quand la malade se mit à cracher du sang, puis mourut d'hémoptysie en quelques heures.

A l'autopsie, on trouva de la dégénérescence graisseuse du cœur, de la bronchite, un ancien infarctus pulmonaire, mais malgré des recherches attentives, aucune rupture vasculaire expliquant la mort. Les bronches étaient remplies de sang provenant évidemment des dernières ramifications bronchiques. La muqueuse utérine était couverte d'ecchymoses et le mucus utérin était mélangé de sang. Dans l'un des ovaires, on trouvait un kyste d'un centimètre de diamètre rempli de sang et dont le mode d'ouverture indiquait évidemment un follicule récemment rompu.

Il est certain que cette femme se trouvait le jour de sa mort au moment de sa première menstruation ; celle-ci s'était localisée du côté de l'utérus d'une façon normale, mais les lésions pulmonaires antérieures avaient créé une prédisposition aux ruptures des capillaires bronchiques. Le trouble vaso-moteur de la menstruation a suffi alors à causer une hémorrhagie mortelle. (*Cent. f. Gyn.*)

ÉTIOLOGIE DES DIFFÉRENTES FORMES DE GROSSESSE ABDOMINALE,

Par M. le Dr Zinke, de Cincinnati (*Amer. Journ. of., obstetr.* 1890, p. 128.)

Zinke fait la critique des différentes théories émises pour expliquer ces grossesses extra-utérines et expose en détail les différentes formes de cet accident grave.

Il range les causes de la grossesse extra-utérine dans les différentes catégories suivantes :

1) Frayeur et choc pendant la fécondation.

2) Coups donnés sur le bas-ventre peu après le coït.

3) Mauvaise conformation des trompes ou paralysie de ces organes générateurs, lumière des trompes trop étroite ou trop large ; engorgement ou ulcération de la muqueuse, atrésie utérine intéressant le fond de la matrice.

4) Fausses routes conduisant jusqu'aux trompes ou jusqu'à l'ovaire.

5) Processus inflammatoires et tumeurs du bassin comprimant les trompes.

6) Salpingite desquamative.

En 1885, notre regretté maître, le professeur Wasseige, a observé une grossesse abdominale attribuée au développement d'un kyste dermoïde. Cette tumeur n'a pas empêché la fécondation, mais a été l'obstacle qui a fait dévier le germe de son trajet habituel.

Dr Lambinon.

TUBERCULOSE ET GESTATION,

Par le Dr A. Hergott.

Voici les conclusions de cet intéressant mémoire publié dans la *Revue médicale de l'Est* (1er et 15 août, 1er et 15 septembre 1891).

Cette étude sur les rapports réciproques de la gestation et de la tuberculose nous amène à formuler les propositions suivantes, qui sont, nous le reconnaissons, plus théoriques qu'elles ne seront pratiquement acceptées.

Il faut engager toute personne dont les antécédents héréditaires sont tuberculeux et qui présente des accidents pulmonaires suspects à retarder le moment de son mariage jusqu'à sa guérison.

Il faut conseiller le célibat à tout jeune homme atteint de phtisie.

Il faut également déconseiller le mariage à toute jeune fille atteinte de tuberculose. Si les accidents tuberculeux se manifestent après le

mariage, il faudra déconseiller la grossesse ; l'allaitement si elle est accouchée.

Quant à l'enfant né de parents phtisiques, il faudra lui donner une nourrice aussi parfaite que possible, en ayant soin de l'éloigner de toute cause de contamination tuberculeuse.

UN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SUIVIE D'UNE GUÉRISON SPONTANÉE,

Par M. le Dr Leslie Dewees (*Med. News* 1890, p. 330).

Dans cette observation, il s'agit d'une multipare ayant remarqué, après la suppression des règles, l'apparition d'une tumeur dans le flanc droit.

Au niveau de la région tuméfiée se déclarent de fortes douleurs devenant de plus en plus vives et térébrantes. Malgré l'intensité des douleurs, la malade refuse de se laisser faire aucune espèce d'opération.

Enfin une grande collection purulente s'ouvre dans le rectum et l'on trouve dans le pus des os du fœtus.

Plus tard, il s'établit encore une fistule dans le vagin à droite de la région cervicale.

Par cette ouverture artificielle, sont sortis les débris des os du crâne du fœtus.

La guérison est survenue et la malade porte une large cicatrice dans le flanc droit.

Dr Lambinon.

VARIÉTÉS

Accouchement quadruple. — On mande de Cahors qu'une dame T.., demeurant à Hasbios, commune d'Espéront, vient de mettre au monde quatre enfants qui se portent à merveille.

(*Le Progrès médical.*)

Les Sorcières dans l'Orne. — Le *Journal de la Ferté-Macé* raconte que, dans l'arrondissement de Domfront, une femme D... fait

métier ouvert de sortilèges et que ce commerce est pour elle des plus lucratifs. Tout récemment, elle est appelée chez les filles L..., de la commune de Saint-Fraimbault, deux sœurs depuis longtemps malades. Elle se fait donner une écuelle dans laquelle elle verse de l'eau bénite, de l'eau-de-vie et du sel, et elle allume ce mélange qui répand une lueur blafarde dans l'appartement. Elle place les deux sœurs de chaque côté du vase et, s'armant d'un bâton, elle en frappe le sol d'un coup violent en s'écriant : « Sors, Satan ? » Mais « Satan » ne veut pas sortir. Il faut à la sorcière 1,100 francs pour guérir les deux filles « ensorcelées depuis six ans » et chasser d'elles « le diable ». Les deux malades se mettent en quête de trouver l'argent. Dans le cours de leurs pérégrinations, elles s'adressent à une personne plus avisée que les autres, qui dévoile le truc. Et voilà comment, ces jours derniers, la sorcière D... était appréhendée à la gare de Domfront par un commissaire de police, et va répondre prochainement de ses escroqueries devant les tribunaux.

(*Le Progrès médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. **De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes,** par le Dr C. Jacobs, agrégé à la Faculté de Médecine de Bruxelles. (Extrait du *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie.*)

II. **Du curettage précoce dans l'infection puerpérale envisagé comme moyen thérapeutique et prophylactique**, par Paul Charrier, interne des hôpitaux. (Extrait des *Archives générales de Médecine.*)

III. **Neurasthénie et goutte hypoazoturiques, leur traitement par les eaux d'Evian,** par le Dr F. Chiaïs. Paris, Masson, 1891.

IV. **Traitement des cals vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique**, par le Dr Gaston Sardou, ancien interne des hôpitaux, de Paris. Paris, Steinheil, 1891.

V. **La dermographie, son rôle dans l'histoire, le mécanisme de sa production**, par le Dr Guimbail. (Extrait des *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie.*) Clermont, 1891.

VI. Michel de Chrouschoff. — Pau ; **Souvenirs et impressions.** — Pau, imprimerie Aréas, 1891.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

192. — Teinture de belladone dans les premiers stades du travail. — Toutes les fois que malgré les douleurs persistantes l'orifice du col ne se dilate pas suffisamment (surtout chez les primipares), M. Asher (*Austral. med. Journ.*, déc. 1890, p. 92) recommande de donner toutes les heures ou même à des intervalles moins espacés, XX-XXX gouttes de teinture de belladone (jamais moins de XX gouttes sous peine d'échec). Dans les nombreux cas où il recourut à ce traitement, les résultats furent toujours excellents : diminution rapide des douleurs, dilatation énergique du col. La belladone est supérieure au chloral.

***

193. — Quelques préparations contre l'insomnie des enfants. (Huchard.) — On peut prescrire le chloral ou l'uréthane qui n'ont point les inconvénients des préparations opiacées.

Potion à l'uréthane :

Uréthane	0 gr. 20
Eau distillée de tilleul Eau de fleur d'oranger Sirop simple	ââ 20 gr.

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Il est utile de véhiculer cette dose dans un quart de verrée d'eau.

Potion au chloral :

Hydrate de chloral	0 g. 05 à 0. 15 suivant l'âge (1 à 3 ans)
Sirop de cerises Eau distillée de laitue	ââ 30 gram.

Par cuillerée à dessert, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet calmant.

***

194. — Les hémorrhagies utérines comme indication à la provocation de l'avortement, par GRAEFE. — L'auteur recommande la provocation de l'avortement soit : quand le fœtus est déjà mort, soit quand il y a des hémorrhagies profuses persistantes sans interruption, de telle façon que l'on a à redouter l'expulsion spontanée du fœtus, la production d'une anémie profonde. A l'appui de cette opinion, Graefe relate deux cas intéressants et conclut à l'emploi des tiges de laminaire pour provoquer l'interruption de la grossesse.

***

195. — Le sulfo-ichthyolate d'ammonium comme médicament antiblennorrhagique. — KOESTER (de Syke) s'est servi avec le meilleur succès d'injections de solution aqueuse de sulfo-ichthyolate d'ammonium à 1 0/0 dans trois cas de blennorrhagie uréthrale chez l'homme, ainsi que dans un cas de cystite blennorrhagique chez la femme.

Les hommes faisaient trois injections uréthrales de solution d'ichthyolate d'ammonium par jour. Dès le deuxième jour, la douleur à la miction et les érections douloureuses disparurent complètement et la guérison définitive fut obtenue au bout de huit à vingt jours.

Chez la femme, la cystite blennorrhagique fut combattue par des injections intravésicales. Deux fois par jour on injectait dans la vessie 150 grammes de la même solution de sulfo-ichthyolate d'ammonium que la malade gardait pendant environ cinq minutes pour l'évacuer ensuite par la miction naturelle. De cette façon, non seulement la vessie, mais aussi la muqueuse de l'urèthre étaient mises en contact avec le liquide médicamenteux. Au bout de deux jours de ce traitement les urines, qui auparavant contenaient du muco-pus en abondance, devinrent limpides, et toute douleur à la miction cessa. Au bout de quinze jours la malade était définitivement guérie.

(*Journal de méd. de Paris*).

***

196.— Liniment contre les gerçures du sein. (VINAY.)

Aristol.....	4	grammes.
Vaseline liquide.....	20	—

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans ce lini-

ment, on badigeonne le sein après chaque têtée, en ayant soin de pincer la base du mamelon pour étaler les papilles et découvrir toutes les gerçures.

***

197. — Les irrigations chaudes du gros intestin comme moyen de soulagement dans les douleurs pelviennes et abdominales. — M. Forest a employé les irrigations chaudes du gros intestin chez plusieurs malades atteints de coliques néphrétiques, de névralgies ovariennes, de phlegmon du ligament large, de pelvi-péritonite, de dysménorrhée, de coliques hépatiques. Ce moyen a procuré un grand soulagement, même dans des cas où la douleur était telle qu'elle avait résisté à la morphine. Parfois, même en dehors de cette action palliative, il a paru avoir une action décongestive et antiphlogistique réelle.

Pour donner cette irrigation, le malade est placé dans la position dite de Sims. Il est couché sur le côté gauche, le bras gauche derrière le dos, les jambes partiellement fléchies, le siège soulevé par un coussin, la tête basse. Il peut, dans cette position, se donner, au besoin lui-même, l'irrigation de la main droite. L'eau doit être au plus à la température de 41 à 44 degrés. La quantité injectée varie d'abord de un demi-litre à un litre. L'injection est faite très lentement et gardée cinq minutes. Son expulsion est accompagnée d'ordinaire de l'évacuation d'une certaine quantité de matières fécales. On répète alors le lavement, en injectant très lentement une quantité de liquide très considérable, et qui est gardée le plus longtemps possible. Le soulagement est d'ordinaire obtenu par cette nouvelle irrigation. Puis le liquide expulsé, on donne un troisième lavement formé, cette fois, d'un demi-litre seulement et qui est d'ordinaire conservé d'abord. Ce troisième lavement est surtout utile dans les coliques néphrétiques, l'eau absorbée s'éliminant par le rein. On peut, au besoin, additionner l'eau d'un sel alcalin, d'un sel de lithine, par exemple, ou le former d'eau minérale.

Comment agit l'irrigation chaude ? Dans le cas de colique néphrétique, surtout du rein gauche, d'ovarite, de phlegmon du ligament large. Phillips admet que, par suite des rapports du rectum et du colon avec les organes enflammés et douloureux, il se produit par l'irrigation une sorte de bain tiède indirect de ces organes. Quelle que soit l'explication théorique, l'effet thérapeutique ne paraît pas

moins intéressant à retenir. Phillips est très affirmatif sur les résultats obtenus ; quelques-uns des cas de soulagements qu'il signale, en particulier dans la dysménorrhée, sont vraiment fort remarquables.

(*Med. Record.*)

***

198. — Potion contre le choléra infantile. — Critzman.

Salicylate de bismuth.....	1 à 2	grammes.
Laudanum de Sydenham.....	1 à V	gouttes.
Rhum.....	15 à 20	grammes.
Infusion de thé.....	60	—
Sirop de framboises.....	20	—

F. s. a. — Une cuillerée à café toutes les deux heures dans le choléra infantile. — Pour obtenir l'antisepsie intestinale, lavements d'eau chaude, lavage de l'estomac, administration du calomel par prises de 5 milligrammes à 1 centigramme, une prise toutes les deux heures suivant l'âge de l'enfant. — N. G.

***

199. — Ophthalmie des nouveau-nés. — Dans un rapport présenté à la Société médicale du Nord, M. Delapersonne donne les instructions suivantes au sujet de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés :

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une maladie très grave qui, tous les ans, rend aveugles un certain nombre d'enfants. Les statistiques officielles prouvent que, une fois sur trois, la cécité chez les enfants est due à cette maladie, et qu'elle aurait pu être évitée par des soins intelligents et rapidement donnés.

L'ophthalmie commence ordinairement dès le lendemain de la naissance ; mais elle peut débuter vers le huitième ou dixième jour.

Pour éviter ces graves dangers, il faut prendre les précautions suivantes :

1° On fera des injections vaginales antiseptiques avant l'accouchement, lorsque des pertes blanches abondantes feront craindre une contagion pour l'enfant.

2° Chez tous les enfants, immédiatement après la naissance, avant le bain, on lavera les paupières avec une solution antiseptique, au moyen d'un linge fin très propre, ou mieux d'un petit tampon d'ouate

hydrophile. On se servira soit de la solution d'acide phénique au 1/100e, soit de parties égales d'eau bouillie et de liqueur de Van Swieten, soit d'une solution qui sera formulée ainsi :

N° 1. Sublimé.....	0 gr. 10	centigr.
Acide tartrique.....	0 gr. 20	—
Eau distillée.....	200 grammes.	

Aussitôt après, les paupières seront entr'ouvertes et on fera tomber dans chaque œil, avec un compte-gouttes, une baguette de verre ou simplement un bout de papier, une goutte du collyre suivant :

N° 2 (flacon coloré). Nitrate d'argent.....	0 gr. 10	
Eau distillée.....	10 gr. »	

Les formules 1 et 2 pourront être délivrées aux sages-femmes ; il suffira de faire suivre l'ordonnance de la mention : « Pour les yeux ».

Ces flacons devront toujours être apportés par les sages-femmes en même temps que les objets indispensables pour l'accouchement.

3° Si, malgré ces précautions, les premiers signes de gonflement et de sécrétion se produisent, on devra immédiatement appeler le médecin, qui, seul, pourra faire les cautérisations nécessaires.

4° Lorsqu'on sera obligé de soigner une ophthalmie purulente, on mettra soigneusement de côté tous les objets qui serviront au pansement. Après chaque lavage de l'œil, on brûlera les linges ou l'ouate qui auront servi. On se lavera convenablement les mains avec du savon et on les trempera dans une solution toujours préparée à cet effet, solution d'acide phénique au 1/40e ou liqueur de Van Swieten pure.

***

200. — De l'influence sur le nourrisson du lait de la mère lorsque celle-ci est en traitement, par M. Schling. — L'auteur a fait une série d'expériences avec divers médicaments, et a obtenu les résultats suivants :

1° *Salicylate de soude.* — Dose variant de 2 à 3 gr.

Toutes les fois que l'enfant n'a été mis au sein qu'une heure au moins après l'administration du médicament à la mère, on a retrouvé le salicylate dans ces urines. Au bout de vingt-quatre heures, on n'en retrouve plus trace. Toutes les fois que l'enfant a été mis au sein trop tôt après l'administration du médicament, on n'a pas trouvé trace du médicament dans ses urines.

L'élimination finissait en même temps chez la mère et l'enfant.

2° *Iodure de potassium.* — Mêmes résultats.

Le lait analysé a donné la réaction caractéristique. Chez l'enfant, l'élimination dure soixante-douze heures ; chez la mère, quarante-quatre. Au bout de vingt-quatre heures, le lait de la mère contient encore de l'iodure de potassium.

3° *Ferrocyanure de potassium.* — Réaction très nette dans l'urine maternelle. Rien dans l'urine fœtale.

4° *Iodoforme*, employé en applications sur les plaies vaginales et vulvaires des femmes en couche. — Au bout de l'emploi prolongé pendant un certain temps, règle générale, on trouve de l'iode dans le lait et l'urine de la mère, mais pas toujours dans l'urine du fœtus.

5° *Mercure.* — La transmission du mercure au nourrisson à travers le lait est très faible, peut-être très irrégulière ; tantôt on le trouve, tantôt pas, ce qui doit tenir à la quantité du lait absorbé.

6° Quant à l'influence de la nourriture maternelle, elle paraît nulle ; on peut laisser les nourrices manger impunément des acides (citron, vinaigre, etc.).

7° *Narcotiques. A. Opium en teinture*, de 20 à 25 gouttes. — Tandis que Tornhill dit avoir observé chez l'enfant un sommeil prolongé, M. Fehling n'a observé ni prolongation du sommeil chez l'enfant ni constipation.

B. *Chlorhydrate de morphine*. Solution 1 : 30. Doses : 0,008, 0,015 ; 0,02. — Rien de particulier à noter chez l'enfant.

C. *Chloral.* Dose 1 à 3 gr. Durée moyenne du sommeil maternel : deux heures. Action nulle sur l'enfant fort et vigoureux. Si l'enfant est faible et avant terme, on peut, par excès de précaution, attendre deux heures, mais pas plus, avant de le mettre au sein.

D. *Atropine*, sulfate à 1 p. 100. Doses en injections sous-cutanées, chez la mère, de 0,003 à 0,005. Symptômes très nets chez la mère. Dilatation de la pupille chez les enfants, qui disparaît en vingt-quatre heures : donc ne l'employer qu'à doses très faibles.

8° *Influence de l'état fébrile maternel.* — Dans l'immense majorité des cas, le lait d'une femme atteinte d'une fièvre n'a pas d'influence sur l'enfant. Ce n'est que dans les cas de maladie grave de la mère, avec une température persistante de 40°, que les courbes fébriles de l'enfant présentent des caractères identiques à celles de la mère. M. Bumm a constaté, dans un cas de mammite, le passage du micrococcus dans le lait et l'appareil digestif de l'enfant.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

***

201. — Des inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés (Bonnaire). — Employées pour la première fois par M. Bonnaire en 1889, les inhalations d'oxygène furent alors appliquées à un nouveau-né chez lequel tous les moyens usuels avaient échoué pour combattre les accidents produits par une circulation générale insuffisante.

M. Bonnaire imagina alors le dispositif suivant, qui permettait de conserver les effets du réchauffement artificiel, tout en y joignant ceux de la vivification à l'aide de l'oxygène. Le nouveau-né demeurait dans la couveuse ordinaire, chauffée à son étage inférieur par des boules d'eau chaude. Le gaz était amené par le tube de dégagement de l'appareil dans lequel il était contenu sous pression, à la porte d'entrée de l'air extérieur dans la couveuse. Entraîné par le tirage il se mélangeait à la colonne d'air ambiant, baignait l'enfant à l'état d'une diffusion dont on pouvait à volonté augmenter ou diminuer le titre, et s'échappait par l'orifice pratiqué au-dessus de la tête du petit malade.

Par reprises espacées dans la journée, on répétait l'oxygénation de la couveuse. On faisait passer un courant très lent. L'enfant respirait cet air modifié environ deux heures par jour.

Sous cette influence, l'état général s'amenda rapidement. Au bout d'une semaine, l'enfant put quitter la couveuse et sortir de l'hôpital âgé de six semaines.

Ce même traitement fut encore employé dans plusieurs cas de maladie bronzée hématurique des nouveau-nés et ce avec un certain succès. Il fut mis en œuvre aussi par l'auteur dans plusieurs autres cas. Actuellement M. Tarnier emploie assez souvent ce procédé dans la thérapeutique courante des nouveau-nés. Voici les indications thérapeutiques de ce mode de traitement, d'après M. Bonnaire :

1° Chaque fois qu'il existe une hématose pulmonaire insuffisante, soit par obstruction des voies respiratoires, soit par faiblesse du jeu de l'appareil mécanique, soit par défaut d'excitation du centre nerveux respiratoire. La mort apparente du nouveau-né constitue donc la première indication, mais bien entendu lorsqu'il est sorti de la première période d'apnée. Dans les jours qui suivent, l'enfant est exposé à s'éteindre ou à mourir de convulsions dans les 24 premières heures de sa vie. Vers le 3e ou le 4e jour, il peut mourir d'hypostase pulmo-

naire ou de broncho-pneumonie septique résultant de la pénétration intra-pulmonaire des matières contenues dans la bouche. C'est pour lutter contre ces états secondaires de faiblesse respiratoire et d'asthénie générale que l'emploi de l'oxygène est indiqué : il est journellement mis en application en ces circonstances par M. Tarnier ;

2° Les troubles de circulation interstitielle dont le sclérème des nouveau-nés prématurés est la plus commune des manifestations, et surtout dans les cas les plus graves où la débilité congénitale est portée à un point tel que le petit malade peut être considéré comme voué à une mort prochaine. C'est alors qu'il est indiqué d'ajouter l'action vivifiante de l'oxygène à l'influence de la caléfaction artificielle ;

3° Les altérations du sang d'origine infectieuse comme celle qui survient dans la maladie bronzée hématurique mentionnée ci-dessus ;

4° Les faits cliniques où il survient de l'abaissement de la température. L'athrepsie sous ses formes aiguë et chronique constitue le type de ce genre d'affections. C'est à cette maladie surtout que semble répondre l'indication la plus commune des inhalations d'oxygène. (*Soc. obstétr. et gynécol.*)

***

202. — Un cas de péritonite purulente, guérison spontanée, par le Docteur Antonino. (*Riforma medica*, 23 mai 1891.) — L'observation concerne une fillette de 5 ans, qui présenta les symptômes d'une péritonite purulente à la suite d'une fièvre typhoïde. Le pus se fraya une issue à travers l'ombilic ; il s'en échappa plus de trois litres. On fit de copieux lavages de la cavité abdominale, avec une solution boriquée à 2 %. L'enfant a guéri.

***

203. — Grossesse tubaire ouverte dans la vessie. — Le Dr Winckel rapporte qu'il a vu une grossesse extra-utérine se frayer une voie vers l'extérieur par l'intermédiaire de la vessie. Il s'agissait d'une grossesse tubaire développée dans l'épaisseur du ligament large. Le fœtus avait vécu jusque vers le sixième ou le septième mois, puis, le kyste fœtal ayant suppuré, il perfora les parois vésicales et il fut aisé d'en retirer à peu près tout le squelette, après avoir simplement dilaté l'urèthre. La guérison fut parfaite.

Quelques cas analogues ont déjà été rapportés, et la conclusion qui

ressort des faits est qu'il faut se borner à aider le travail spontané de la nature. Le plus souvent, les voies naturelles seront suffisantes, sans qu'il soit besoin d'en pratiquer d'autres. Il n'est nécessaire ni de pratiquer la taille hypogastrique, ni de drainer le kyste fœtal. (*Sammlung. klin. Vorlræge*).

***

204. — Quelques formules de purgatifs salins pour les enfants.

1° Citrate de magnésie	10 à 30 gr.
Sirop de cerises	30 à 50 gr.
Eau	120 gr.
2° Tartrate de soude	10 à 30 gr.
Sirop de framboise	30 gr.
Eau	120 gr.
3° Sel de Seignette	5 à 20 gr.
Sirop de menthe	30 gr.
Eau	120 gr.
4° Phosphate de soude	15 à 30 gr.
Sirop de limons	30 gr.
Décoction d'orge	120 gr.
5° Sulfate de magnésie	10 à 30 gr.
Infusion de café	100 gr.
Sirop de sucre	30 gr.
5° Sulfate de soude	10 à 30 gr.

dans une tasse de bouillon salé.

(*La Pratique médicale*).

***

205. — Crayons et pommade contre la métrite. (Swicka).

Aristol	10 grammes.
Gomme arabique pulv.	90 —

F. s. a. dix crayons semblables qui doivent mesurer chacun 4 à 5 centimètres de longueur, et que l'on emploie dans le cas d'endométrite, de métrite ulcéreuse et de paramétrite.

La pommade est composée de :

Aristol.....	4	grammes.
Axonge purifiée.....	4	—
Lanoline.....	32	—

On en enduit des tampons d'ouate, que l'on introduit dans le vagin.

***

206. — De l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées, par le Dr Adrien Pic, ancien interne des hôpitaux de Lyon. (Th. de Lyon.) — Paris, 1890. J. B. Baillière et fils, éditeur. — *Conclusions.* — I. Pour juger de la valeur d'un traitement quelconque de la péritonite tuberculeuse, il faut envisager séparément son action, chez l'enfant et chez l'adulte, dans chacune des formes cliniques.

II. Chez l'adulte, la péritonite à forme fibreuse, avec ou sans épanchement, guérit quelquefois par le seul traitement médical, elle guérit plus souvent chez l'enfant. La péritonite à forme ulcéreuse ne guérit qu'exceptionnellement, et chez l'enfant seulement. La forme granulique est fatale.

III. L'intervention chirurgicale, de même, ne paraît jusqu'à présent susceptible de guérir que les formes fibreuses et en particulier la variété ascitique, mais elle guérit cette forme plus sûrement, plus rapidement, que le traitement médical et épargne au malade les dangers immédiats de l'ascite et de ses complications.

IV. Pour être efficace, l'intervention doit être précoce.

V. L'intervention, qui n'a qu'une valeur palliative dans la forme ulcéreuse suppurée, est contre-indiquée dans les formes ulcéreuse, sèche et granulique. Elle est contre-indiquée, même dans la forme ascitique, par des lésions pulmonaires avancées, par des symptômes de tuberculose intestinale, par un épanchement pleurétique et, enfin, par une fièvre sans cause appréciable, indice d'une généralisation imminente.

VI. L'asepsie est de rigueur dans le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, comme dans toute laparotomie.

VII. L'occlusion intestinale, au cours d'une péritonite tuberculeuse, est une indication d'urgence de la laparotomie.

VIII. La méthode de la ponction, suivie de lavage, ne s'appuie pas sur un nombre suffisant d'observations pour qu'on puisse apprécier sa valeur.

IX. La laparotomie agit dans la forme ascitique en provoquant une évolution fibreuse des tubercules.

X. Les affections des trompes sont la cause la plus habituelle des pelvipéritonites tuberculeuses ; d'autre part, cette inflammation tuberculeuse du petit bassin peut gagner la grande cavité péritonéale. Par conséquent, pour guérir la pelvipéritonite tuberculeuse et prévenir la généralisation au péritoine et à toute l'économie, il faut enlever les annexes. Le point difficile est de diagnotiquer la nature tuberculeuse de la salpingite. Il existe, cependant, quelques caractères qui différencient la salpingite tuberculeuse des salpingites inflammatoires chroniques. En fait, ce diagnostic a rarement été fait d'une façon suffisamment précoce, et il existe peu d'observations où les malades aient été assez longtemps suivies pour qu'on puisse affirmer l'absence de toute lésion tuberculeuse d'un autre organe. Il en existe plusieurs où le processus tuberculeux a poursuivi sa marche, en un autre point de l'économie, le poumon notamment, alors que la guérison locale s'est maintenue.

***

207. — L'antipyrine dans la chorée de Sydenham. — M. le Dr Charles Leroux, médecin du dispensaire Furtado-Heine, a consacré dans la *Revue des maladies de l'enfance* un long travail à l'étude du traitement de la chorée par l'antipyrine, travail basé sur l'analyse de 60 observations. La conclusion générale, c'est que ce médicament diminue rapidement l'intensité de la maladie et en abrège la durée, et sur 60 observations, 41 sont favorables et 19 sont défavorables. Or, en prenant la durée moyenne de la maladie dans les cas où le médicament a agi, on voit que cette durée est de 45 jours, tandis que celle qui est donnée par les auteurs est de 76 jours.

Quant aux cas défavorables, ils l'ont été soit parce qu'il existait un état réellement réfractaire au médicament, soit parce qu'il y a eu intolérance pour le médicament, soit parce qu'il s'est produit des éruptions à chaque nouvelle dose, soit enfin parce que la chorée se prolongeait sous forme de tic convulsif réfractaire à l'antipyrine, tic post-choréique qui guérit ordinairement en quelques mois.

L'antipyrine doit être donnée à doses élevées : 3, 4 et 6 grammes par jour, suivant les âges. Il faut atteindre rapidement les doses élevées, les enfants de 6 à 15 ans tolèrent très facilement les hautes doses de 3 à 6 grammes même pendant plusieurs semaines. Jamais il n'y a

d'intoxication grave ; souvent même les éruptions, les troubles digestifs sont passagers et, après un court repos, l'antipyrine est très bien tolérée à la reprise.

M. Leroux signale, en terminant, quelques éruptions rarement observées; l'érythème généralisé, scarlatiniforme, avec exanthème, la roséole avec œdème de la face, des mains et des pieds sans albuminurie ; l'érythème polymorphe exsudatif de la face et de la muqueuse buccale. Ces éruptions se sont reproduites à plusieurs reprises chez le même malade sous l'influence d'une dose nouvelle d'antipyrine.

***

208. — Deux cas de perforation utérine pendant le curettage. Pas d'accidents, par Haynes. — L'une des observations de Haynes concerne une multipare dont la cavité utérine, neuf mois après un accouchement, mesurait 7 pouces ; l'organe était mou, relâché. Pour débarrasser la femme de ses métrorrhagies, on lui fit des irrigations intra-utérines, puis on pratiqua le curettage avec beaucoup de soin. L'assistant, chargé de refouler le fond de l'utérus de haut en bas, remarqua que la curette venait en contact avec les téguments abdominaux. Après l'opération, on fit un lavage de la cavité utérine avec une solution de sublimé. La femme fut prise d'une douleur violente, elle tomba en état de collapsus, puis elle présenta les symptômes d'une péritonite en même temps que ceux d'une intoxication mercurielle. Finalement elle s'est rétablie.

Dans le second cas, chez une multipare affectée d'une endométrite fongueuse, on put, après un curettage, constater directement avec la sonde que la paroi utérine avait été perforée. On fit tous les préparatifs nécessaires pour pratiquer une laparotomie, qui fut jugée inutile, en l'absence de tout symptôme grave ultérieur.

A ces deux observations j'ajouterai un troisième fait.

J'ai pratiqué le curettage chez une femme atteinte d'une endométrite fongueuse il y a un an avec le professeur Vulliet. La curette pénétra dans la cavité abdominale. Il n'en résulta aucun accident et la malade est aujourd'hui guérie.

(*Journ. de médecine de Paris.*)

***

209. — L'iodure de potassium dans la diphthérie, par M. Zenenk (*Annuaire de thérapeutique*). — Le docteur Zenenk (de Nowgorod), ayant eu à se louer des succès obtenus dans le traitement de la diphthérie par l'emploi de l'iodure de potassium, donne les indications suivantes :

Il prescrit aux individus de plus de 14 ans de 2 à 4 grammes par jour, suivant l'intensité de l'affection. Aux enfants au-dessous de 14 ans, il donne autant de fois 10 centigrammes qu'ils ont d'années d'âge.

Les doses sont, pour les adultes, de 30 à 80 centigrammes, et, pour les enfants, de 3 à 20 centigrammes, en ayant soin de le faire prendre à intervalles plus rapprochés au début de la diphthérie.

On cesse le traitement quand on voit apparaître l'œdème et lorsque les fausses membranes se détachent, ce qui a lieu au bout de deux à quatre jours. Tous les malades prennent du vin rouge alcoolique.

Les attouchements au pinceau et les cautérisations ne font qu'irriter davantage la muqueuse. Il fait faire, toutes les heures, des vaporisations et conseille les gargarismes avec la solution de 2 ou 3 p. 100 d'acide borique ou salicylique dans la glycérine, ou l'infusion de géranium, ou l'alcool camphré.

A ce traitement s'ajoutaient des frictions de pommade mercurielle sur les glandes cervicales, deux fois par jour, ainsi que sur les glandes sous-maxillaires engorgées. Il complète le traitement par l'administration de la quinine à titre de corroborant.

***

210. — Traitement du prolapsus du rectum chez l'enfant. — On sait avec quelle fréquence le prolapsus du rectum se montre chez l'enfant, bien que l'adulte et le vieillard surtout n'en soient pas exempts. Toutefois chez l'enfant il s'agit d'une affection bénigne qui guérit facilement en général. Voici comment M. Phocas résume le traitement du prolapsus, qui doit être différent selon l'âge auquel on observe l'affection. Toutes les méthodes thérapeutiques employées contre la chute du rectum s'adressent à l'un des deux facteurs de l'affection : à la tumeur rectale ou à la sortie de la tumeur, c'est-à-dire au sphincter de l'anus. De là deux grandes méthodes et une infinité de procédés médicaux ou chirurgicaux.

On agit sur la tumeur prolapsée par le repas, en constipant le malade, en prenant des précautions au moment de la défécation, en

réduisant le prolapsus ou en le modifiant à l'aide des astringents, des caustiques, du thermo-cautère, en excisant la tumeur, en la fixant au bassin (rectopexie) ou en la réduisant par attraction à la manière de Jeannel.

On s'adresse au sphincter par les bandages et les appareils qui maintiennent la réduction obtenue. On agit sur le muscle par l'électricité, des injections de strychnine, d'ergotine, l'excision des plis radiés. Les cautérisations ponctuées de Guersant ont pour effet de rétrécir le passage.

Chez l'enfant, la bénignité relative de l'affection commande d'abord des moyens de douceur ; ce n'est qu'après un insuccès qu'il faut recourir aux méthodes plus actives. On peut mettre en usage le procédé recommandé par Allingham et par Delens. On badigeonne la tumeur avec un pinceau imbibé d'acide nitrique concentré, on réduit et on maintient la réduction à l'aide d'un bandage, après quoi on constipe l'enfant pendant quatre ou cinq jours. L'application de quelques pointes de feu au thermo-cautère, faites au niveau du sphincter, a pour effet d'exciter le muscle à se contracter, tandis qu'après la chute des eschares, ces cicatrices contribueront à resserrer l'orifice anal. Dans le cas cité par M. Phocas (*Gazette des hôpitaux*, n° 27, 1891), la cautérisation paraît avoir beaucoup contribué à la guérison en excitant les contractions réflexes du sphincter qui avait repris sa ténacité.

***

211. — Cancer utérin.

Pilules de B. Ball

Mastic	0 15
Soufre pulvérisé	0 10

M. pour une pilule (8 par jour).

Pour combattre la *constipation* ; pédiluves sinapisés, s'il n'y a pas d'hémorragies. Contre les *hémorragies* et les douleurs pulsatiles : dragée d'ergotine.

Topique de Gillette

Iodoforme	18 gr.
Charbon de Belloc	15
Sulfate de quinine	3
Essence de menthe	XL gtt.

M. pour tampons.

Régime fortifiant — vie au grand air. Cautérisations au chlorure de zinc, amputation du col. Au dernier degré, potion avec 2 grammes d'antipyrine pour 200 gr. de sirop de codéine, à administrer par cuillerées à soupe d'heure en heure.

INJECTION DÉSINFECTANTE (CHÉRON)

Vinaigre blanc	300 gr.
Teinture d'eucalyptus	45
Salicylate de soude	20
Acide salicylique	1

M.

Une à cinq cuillerées par jour pour un litre d'eau tiède.

***

212. — Le sulfonal dans un cas de trismus de nouveau-né. — Il s'agit d'un enfant, âgé de 8 jours, chez lequel les manifestations morbides survenaient dès le cinquième jour. En cinq heures l'enfant a eu cinq accès. J. Bérényi prescrivit le sulfonal en lavement (à 0 gr. 2) et à l'intérieur. Les accès diminuèrent d'intensité et de fréquence immédiatement après l'institution du traitement. Guérison après six jours. L'enfant a reçu en tout jusqu'à 10 grammes de sulfonal sans que l'on ait noté de somnolence ou de phénomènes secondaires fâcheux quelconques.

(*Ther. Mntsh.*)

FORMULAIRE

—

Moyen de remédier à la courbature que donne le massage de l'utérus par la compresse humectée et l'enveloppement. (JULES CHÉRON).

Depuis quelques années nous employons le massage de l'utérus dans les déviations utérines adhérentes ou dans les descentes de l'organe aussi bien que dans les résidus chroniques d'exsudats pelviens plus ou moins anciens. Les résultats que nous avons obtenus par ces

mode de traitement ont toujours été excellents au point de vue de la réduction de l'utérus, au point de vue de la disparition des exsudats péri-utérins, et conséquemment nous avons vu céder avec une grande rapidité les douleurs pelviennes, lombo-sacrées, etc., la difficulté de la marche, les envies fréquentes d'uriner, la constipation opiniâtre, les troubles réflexes variés, en un mot tous les symptômes des états morbides dont nous venons de parler. Employé à son heure, c'est-à-dire lorsque tout état inflammatoire aigu a disparu depuis longtemps, lorsque l'infection s'est éteinte sur place, lorsque la décongestion du bassin a été réalisée par les injections chaudes, les pansements osmotiques, les scarifications du col, etc., etc., le massage ne présente aucun danger et peut rendre des services qu'on demanderait inutilement à un autre mode de traitement.

Le seul inconvénient sérieux que présente le massage de l'utérus c'est que, chez quelques malades, bien que pratiqué avec douceur et sans que la durée des séances dépasse quatre à cinq minutes, il laisse après lui, surtout au début du traitement, une sensation de courbature générale avec endolorissement des parois de l'abdomen et de la région lombo-sacrée.

Nous avons pu remédier à cet inconvénient au moyen de la pratique suivante :

Au moment de se coucher, la malade applique sur l'abdomen une large compresse humectée d'eau contenant une petite quantité de chlorure de sodium (2 0/0 c'est-à-dire à peu près une cuillerée à café de sel marin pour un verre d'eau). La compresse est recouverte d'une couche d'ouate sur laquelle on place un morceau de toile gommée de grandeur appropriée. Le tout est laissé en place pendant la nuit.

Sous l'influence de cet enveloppement humide l'endolorissement des parois de l'abdomen, aussi bien que celui des parties profondes disparaissent le plus ordinairement en vingt-quatre heures.

Au bout d'un très petit nombre d'applications, l'accoutumance au massage est obtenue et il n'est plus besoin dès lors de recourir à l'enveloppement.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

LA GYNÉCOLOGIE CONSERVATRICE

Leçon d'ouverture du cours de clinique gynécologique

du Dr J. Chéron, médecin de Saint-Lazare.

—

En reprenant aujourd'hui nos cours de clinique gynécologique, je crois nécessaire de vous indiquer les principes généraux qui nous serviront de guide dans le traitement des divers cas de maladies des femmes que j'aurai l'occasion de vous présenter pendant cette année, à nos leçons du lundi.

Quelques-uns d'entre vous ont assisté à la fondation de cette clinique, il y a bientôt quinze ans. Que de progrès depuis cette époque ! combien nos idées se sont modifiées, depuis lors, sur l'étiologie et sur la pathogénie des affections utérines et péri-utérines ! mais surtout quelle modification profonde, quelle révolution, devrais-je dire, dans la manière de comprendre le traitement ! Certes, le progrès est énorme de la gynécologie purement médicale de 1876 à la gynécologie si audacieusement opératoire de ces dernières années. Il y a lieu cependant de se demander si la révolution n'a pas été trop loin, maintenant que nous sommes affranchis des erreurs de jadis, et le moment est venu de bien préciser les indications opératoires, de rechercher quel est l'intérêt véritable des malades. La réaction commence du reste à se faire aussi bien en France qu'à l'étranger, ainsi que je vous le montrerai bientôt. Mais avant d'en arriver là, permettez-moi de vous faire un court historique de la gynécologie depuis 15 ans ;

laissez-moi vous décrire en quelques mots l'état de la gynécologie pendant les quelques années qui ont précédé la fondation de cette clinique (*période médicale*), vous montrer les progrès réalisés au point de vue scientifique, vous rappeler la nouvelle orientation thérapeutique (*période chirurgicale ou opératoire*), pour terminer enfin par les vœux que nous faisons pour l'avenir, par la gynécologie de demain : la *gynécologie conservatrice*.

Pour ne pas être trop long, bornons notre étude, si vous le voulez bien, au vaste groupe des inflammations pelviennes : endométrite, métrite, salpingo-ovarites, pelvi-péritonites, cellulite pelvienne.

Au moment où fut fondée cette clinique, la nosographie de ces affections était des plus compliquées. On décrivait comme des états morbides distincts : la congestion (Aran), la fluxion (Courty), l'engorgement (Velpeau), la leucorrhée ou catarrhe utérin, la métrite (Scanzoni), que l'on distinguait en métrite interne et en métrite parenchymateuse. Bernutz avait admirablement décrit les lésions des salpingo-ovarites et celles de la pelvi-péritonite. Nonat nous avait démontré l'existence du phlegmon péri-utérin, que Duncan dénommait paramétrite et qu'Emmet devait nous faire mieux connaître encore plus tard sous le nom de cellulite pelvienne. Malheureusement la confusion était telle dans la description des symptômes, les signes physiques étaient d'autre part si peu nettement différenciés que, vers 1876, on déclarait à peu près impossible de faire, au lit de la malade, le diagnostic des diverses variétés d'inflammations pelviennes, de spécifier le siège exact des lésions, et la plupart des gynécologistes se contentaient, à l'exemple de Gallard, du terme vague de phlegmasie péri-utérine. Le même esprit de simplification, et cette dernière fut plus légitime que la précédente, fit rentrer la congestion, la fluxion et l'engorgement dans la métrite. Ainsi donc, pour beaucoup de gynécologistes, tout se réduisait, à cette époque, à la métrite et aux phlegmasies péri-utérines ; le mot métro-péritonite, très usité à cette date, servait à désigner habituellement

l'association de la métrite avec l'inflammation des annexes, ou avec celle du péritoine ou du tissu cellulaire pelvien.

La nature des inflammations pelviennes était également peu connue. Guéneau de Mussy, Durand-Fardel, Bazin, Neucourt, Tillot, Martineau, etc., croyaient surtout à l'influence de *l'état général* sur l'état local ; c'était, pour eux, une diathèse quelconque qui causait l'inflammation utérine : la lésion est dans l'utérus, disaient-ils, mais la maladie est dans l'organisme. Les affections de l'utérus n'étaient que des symptômes secondaires survenus sous l'influence de la diathèse, et on s'ingéniait à différencier par l'examen au spéculum la métrite arthritique, la métrite scrofuleuse, la métrite herpétique, la métrite syphilitique, etc. Il y avait, dans cette conception, une exagération manifeste contre laquelle réagissaient les partisans de *l'état local* : Aran, Becquerel, Nonat, Bernutz et Goupil. Pour les auteurs que je viens de citer, ce n'est pas l'existence préalable d'une diathèse qui cause les affections utérines ; ces dernières sont engendrées par le traumatisme, par les excès vénériens, par le refroidissement, surtout s'il se produit au moment des règles, par la fatigue et le lever prématuré à la suite d'un accouchement ou d'une fausse-couche, par le virus blennorrhagique (Bernutz), par le virus syphilitique, par les chancres mous, etc. Les termes de métrite balistique, de métrite à frigore ou par suppression des règles, de métrite suite de couches, encore appelée métrite post-partum, métrite post-abortum désignaient ces conceptions étiologiques. La pathogénie des inflammations utérines et péri-utérines restait toute à faire ; on comprend qu'elle était impossible avec des notions étiologiques aussi insuffisantes.

Pendant ce temps, la thérapeutique était exclusivement médicale. Le repos au lit, l'application de sangsues sur le ventre, la révulsion, constituaient à peu près tout le traitement des états aigus. Pour les états chroniques, l'hydrothérapie, les injections émollientes, les cautérisations du col, les injections intra-utérines faisaient à peu près tous les frais du traitement. Ceux-là étaient réputés très audacieux qui pratiquaient l'hystérométrie d'une façon habituelle, qui touchaient le col avec le fer rouge ; le curet-

tage de la cavité utérine, imaginé longtemps auparavant (1846) par Récamier, n'était employé que dans des cas exceptionnels. Les abcès péri-utérins n'étaient incisés qu'à la dernière extrémité, et souvent on préférait attendre leur ouverture spontanée soit à l'extérieur, soit dans le vagin ou dans le rectum.

Actuellement l'étiologie des inflammations pelviennes est à peu près faite, au moins dans ses lignes générales ; on sait que le rôle des diathèses n'est que tout à fait accessoire, que les causes banales (traumatisme, fatigues, refroidissement) ne sont que des causes prédisposantes ; on a établi, de la façon la plus nette, que toutes les endométrites sont *d'origine infectieuse* : infection puerpérale, infection blennorrhagique, infections diverses, à ces trois termes se rapporte l'étiologie de toutes les endométrites et conséquemment des diverses inflammations pelviennes, salpingo-ovarites, pelvi-péritonite, cellulite pelvienne que l'endométrite peut entraîner à sa suite. Sur cette base solide, il sera bientôt possible d'établir la pathogénie véritable des inflammations des organes pelviens, chez la femme, car on commence à bien dégager le mécanisme suivant lequel se constituent les lésions infectieuses, et on commence à bien comprendre la formation des lésions secondaires à l'infection : celle-ci finit par s'éteindre plus ou moins complètement, mais elle laisse après elle des altérations de tissu qui persistent et qui réclament l'intervention du gynécologiste.

L'anatomie pathologique des salpingo-ovarites surtout s'est enrichie, dans ces dernières années, grâce aux nombreux spécimens, enlevés par la laparotomie, depuis que Lawson Tait a démontré la fréquence extrême des lésions des annexes, depuis qu'il nous a appris à les diagnostiquer d'une façon plus précise, et en même temps qu'il a entraîné, par son exemple, les chirurgiens du monde entier à pratiquer l'ablation des trompes et des ovaires, toutes les fois que ces organes semblent atteints. Les belles recherches de Bernutz étaient à peu près oubliées même dans notre pays ; Lawson Tait a eu le mérite de compléter ces recherches et surtout d'attirer l'attention sur l'importance des

lésions des annexes, au détriment de la péritonite et de la cellulite pelviennes, dont on se préoccupait trop exclusivement. La réaction fut même exagérée, car il sembla bientôt que les salpingo-ovarites jouaient le rôle capital dans les inflammations pelviennes ; l'existence de la pelvi-péritonite primitive fut mise en doute, la cellulite pelvienne disparut du cadre nosologique ; c'était pousser trop loin la simplification. Je vous l'ai démontré dans les leçons que je vous ai faites, il y a deux ans, sur les phlegmasies péri-utérines et qui ont été publiées dans mon journal (1). M. Delbet (2) l'a également très bien établi dans son livre sur les suppurations pelviennes et vous n'avez pas oublié que l'existence de la péritonite indépendante de toute lésion des annexes a été prouvée de la façon la plus irréfutable par M. Reclus (3).

Nous pouvons donc dire que la nosographie, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie des inflammations pelviennes ont été presque complètement remaniées dans ces dernières années, et certes le progrès est très remarquable à ce point de vue.

Pendant que la science évoluait ainsi, la thérapeutique se modifiait ; à la gynécologie médicale se substituait peu à peu la gynécologie chirurgicale, à mesure que l'amélioration des procédés antiseptiques rendait les chirurgiens plus entreprenants et plus heureux. C'est d'abord la restauration des déchirures du col qu'Emmet pratique avec succès et la trachélorrhaphie fait le tour du monde, puis c'est l'opération de Schrœder pour remédier au catarrhe cervical ; c'est le curettage de la cavité utérine qui est remis en honneur par Gaillard Thomas, par Hégar et Kaltenbach, par Schrœder, par Walton, par Doléris ; c'est enfin la laparotomie qui, sous l'impulsion puissante de Lawson Tait, s'attaque aux lésions des annexes : toute salpingite, quelle que soit sa forme : catarrhale, purulente, hématique ; toute ovarite sclérokystique aussi bien que purulente doivent être traitées par l'a-

(1) J. Chéron. Les salpingo-ovarites, les pelvi-péritonites, la cellulite pelvienne. *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, 1889-1890.

(2) Delbet. *Des suppurations pelviennes chez la femme.* Paris, Steinheil, 1891.

(3) Reclus. De la pelvi-péritonite. *La Semaine médicale*, 15 juillet 1891.

blation complète des organes malades, à l'aide de la laparotomie : telle est la règle que Lawson-Tait conseille de suivre, telle est la règle qui est bientôt mise en pratique par les chirurgiens du monde entier. La laparotomie devient la grande ressource thérapeutique à tous les maux dont souffre la femme ; au Congrès de Baltimore, le président, Reamy, célèbre « l'époque abdominale de l'âge chirurgical de la gynécologie ». Quel contraste avec la thérapeutique de Bernutz que je vous rappelais tout à l'heure ! C'était bien, en effet, l'époque abdominale de la chirurgie gynécologique, cette période que nous venons de traverser, pendant laquelle non seulement toute altération, quelque légère qu'elle fût, des annexes était prétexte à laparotomie, mais encore pendant laquelle on pratiqua un si grand nombre de castrations dans l'espérance trompeuse de remédier aux troubles nerveux les plus divers depuis l'hystéro-épilepsie jusqu'à la simple névralgie pelvienne, cette période enfin pendant laquelle la laparotomie exploratrice est devenue d'un emploi banal. N'avons-nous pas assisté dernièrement à l'apologie la plus extrême de cette manière de faire, lorsque la Société de chirurgie de Paris a discuté l'influence curative de certaines laparotomies exploratrices ? Vraiment c'était aller trop loin et nous n'avons pas été le seul à protester contre un abus aussi évident.

Il ne faudrait pas croire, en effet, que l'ablation des annexes par la laparotomie soit toujours suivie d'une guérison radicale. Sans parler de la mortalité opératoire, qui n'est pourtant pas négligeable, au moins pour les pyo-salpinx et pour les abcès tubo-ovariens, on a bien été forcé de reconnaître que les résultats éloignés sont loin d'être toujours très satisfaisants. C'est parce qu'il voyait des malades auxquelles la laparotomie avait laissé des douleurs, de l'impotence fonctionnelle, des fistules suppurantes, etc., que M. Péan imagina la castration utérine ou l'hystérectomie vaginale par morcellement et l'appliqua au traitement des suppurations pelviennes. M. Segond est venu apporter à l'opération de Péan, un appui convaincu. Il a montré ses avantages : absence de cicatrice et d'éventration consécutive, évacuation plus complète et drainage plus parfait des abcès pelviens,

guérison plus prompte et plus radicale, retour plus rapide des forces et de l'embonpoint, absence de récidives.

Il a établi que la mortalité de cette nouvelle opération n'est pas supérieure et souvent même est moindre que celle de la laparotomie entreprise pour les abcès tubo-ovariens. Il a su communiquer sa conviction à un certain nombre de chirurgiens : c'est une orientation nouvelle de la chirurgie gynécologique et déjà nous voyons que la laparotomie ne règne plus en maîtresse absolue ; elle est de plus en plus discutée pendant que la méthode rivale, l'intervention par la voie vaginale, recrute chaque jour de nouveaux partisans.

Qu'on puisse faire, avec une sécurité relative, les opérations que nous venons de rappeler, certes c'est une chose admirable et que j'admire comme il convient de le faire. Cependant je ne puis m'empêcher de me demander si ces ablations des ovaires et des trompes que font les laparotomistes, si ces ablations de l'utérus avec ou sans les annexes que réalisent les hystérectomistes constituent le dernier mot de la thérapeutique gynécologique. Le progrès n'est-il pas, jusqu'à un certain point, plus apparent que réel ? Réfléchissez, en effet, au but de la thérapeutique et demandez-vous si ce n'est pas plutôt un aveu d'impuissance au contraire que cette manière de traiter les affections utéro-ovariennes qui consiste uniquement, dès qu'une lésion est constatée, à procéder sans retard au sacrifice des organes malades.

La chirurgie générale s'est transformée depuis la découverte de l'antisepsie, mais ce qui la rend à un si haut degré supérieure à la chirurgie ancienne, ce qui fait sa gloire, ce qui la rend digne de notre profonde admiration, ce n'est pas surtout la découverte d'opérations nouvelles dont on aurait eu à peine l'audace de concevoir la possibilité il y a une vingtaine d'années. Ce qui est si admirable dans la chirurgie moderne, c'est qu'une fracture ouverte n'exige pour ainsi dire jamais l'amputation du membre fracturé, c'est qu'une plaie grande ou petite guérit sans complications, alors qu'autrefois les complications les plus graves pouvaient survenir à la suite d'un léger traumatisme, obligeant le

chirurgien à faire amputation sur amputation, heureux encore quand le sacrifice du membre primitivement atteint permettait de sauver la vie du malade. Ce qui fait la supériorité de la chirurgie moderne, en un mot, c'est qu'elle est devenue conservatrice et qu'elle est devenue de plus en plus conservatrice à mesure que la science a progressé. Guérir au prix de terribles mutilations, c'était le pis-aller de l'ancienne chirurgie ; guérir sans mutiler, voilà le véritable titre de gloire de la chirurgie antiseptique.

Je sais bien qu'on objecte qu'en matière de lésions des annexes, si on fait des mutilations, du moins ces mutilations portent sur des organes devenus inutiles, incapables de remplir leur fonction physiologique, et que la stérilité, dans les cas opérés, était irrémédiable. Est-ce toujours vrai ?

« De ce qu'un ovaire est malade partiellement, dit C. C. Coë (1), il ne s'en suit pas qu'il ne fonctionne plus et que son ablation est indiquée. »

« L'ovarite chronique, affirme Martin (2), peut guérir avec retour de l'organe à l'état normal, cela n'est pas douteux. Mes propres observations m'ont démontré qu'une ovarite chronique double, ayant duré fort longtemps, peut rétrocéder et arriver à la guérison en permettant même par suite la conception. »

« L'ovarite chronique, dit Imlach (3), n'empêche pas l'ovulation de se faire. »

Polk (4) est conduit par l'expérience à admettre que le retour à la santé est la règle après la salpingite et que la conception peut avoir lieu dans un certain nombre de cas.

Walton (5), dont nous aurons l'occasion de parler tout à l'heure, croit également la fécondation fréquente après la salpingite. — Grandin (6) est du même avis.

(1) C. C. Coe. *N.-Y. med. Jour.*, 17 avril 1886, et *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1886.

(2) Martin. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franc., 1889.

(3) Imlach : *Oophorraphie*. Soc. de gyn. angl., 11 nov. 1885.

(4) Polk. *Transact. of the amer. gynec. Society*, vol. XII, N.-Y., 1888, p. 128.

(5) Walton. *Contribution à l'étude de la péritonite*. Bruxelles, 1888.

(6) Grandin. *Med. Record*, 25 août 1888.

Pichevin (1), à qui nous empruntons les citations qui précèdent, résume ainsi l'avis des auteurs qu'il a consultés : « La salpingite est donc une affection qui semble, dans le plus grand nombre des cas, marcher naturellement vers la guérison. Elle n'aboutit pas fatalement à la stérilité, de l'avis d'hommes autorisés et qui ont pratiqué de fréquentes opérations sur les annexes. »

Pour ma part, j'ai déjà vu la grossesse survenir et aller jusqu'à terme chez des malades évidemment atteintes, quelque temps auparavant, de lésions sérieuses des annexes, même bilatérales. L'exemple le plus frappant est celui d'une de mes anciennes malades qui devint enceinte quelques mois seulement après qu'un chirurgien eût voulu lui pratiquer la castration, en lui affirmant que toute espérance de conception était perdue à tout jamais pour elle.

Il y a donc lieu de réfléchir mûrement avant de proposer à une malade l'ablation de l'utérus ou l'ablation des annexes ; il y a lieu de le faire d'autant plus que la guérison peut être obtenue, dans la très grande majorité des cas, par une thérapeutique conservatrice.

« Il y a un an, disait Polk (2) en 1887, si l'on m'avait demandé s'il fallait enlever les trompes et les ovaires dans tous les cas de salpingite, j'aurais répondu oui ; mais quelques expériences sur la table d'opérations m'ont permis de douter de la justesse de cette affirmation. »

« Je suis convaincu, dit Emmet (3), que dans les 2/3 des cas opérés aujourd'hui, aucun chirurgien ayant quelque respect de sa réputation ne voudra les opérer dans 5 ans d'ici » et ailleurs il « espère que les générations futures n'auront pas à subir la castration, car les médecins apprendront à mieux traiter les malades ».

(1) Pichevin. Des abus de la castration chez la femme. Paris, Steinheil, 1890, p. 43.

(2) Polk, *loc. cit.*

(3) Emmet, cité par Pichevin (*loc. cit.*, p. 41 et p. 47).

En France, c'est le Dr Doléris (1) qui fait appel à la gynécologie conservatrice et proteste avec un grand sens clinique, contre les mutilations inutiles. « Je suis convaincu, dit-il, que les huit dixièmes des femmes opérées pouvaient éviter l'opération radicale. »

Est-ce à dire pour cela que nous devions revenir à la gynécologie purement médicale de Bernutz ? Nullement. Nous avons acquis des données plus précises sur la pathogénie des infections pelviennes, nous avons appris à intervenir sans danger sur l'utérus, alors même que les annexes sont atteintes secondairement, il serait illogique de se priver des conquêtes de ces dernières années. Nous pouvons faire mieux qu'autrefois, nous pouvons désinfecter à fond l'utérus et permettre ainsi la guérison rapide des lésions des annexes, alors que sans désinfection de l'utérus la guérison serait lente et incertaine, il faut savoir mettre à profit les ressources de la gynécologie moderne.

C'est à Walton, que je vous citais tout à l'heure, que revient l'honneur de nous avoir prouvé l'innocuité du curettage aseptique dans l'endométrite compliquée de salpingo-ovarite ou de péritonite ; c'est lui qui nous a démontré la possibilité d'évacuer les collections tubaires dans l'utérus, sans danger pour les malades, au moyen de la dilatation forcée de la matrice. Son exemple n'a pas tardé à être suivi, avec le même succès, par un grand nombre d'observateurs. Quant à moi, je vous ai montré, ici même, et ceux d'entre vous qui sont venus quelquefois dans mon service de Saint-Lazare ont pu constater aussi bien dans ce service que dans cette clinique, combien le curettage est inoffensif dans les cas dont nous parlons et avec quelle rapidité survient la guérison des lésions des annexes, grâce à cette thérapeutique nouvelle et pleine d'avenir.

Je me suis étendu un peu plus que je ne voulais sur cette question des inflammations de l'utérus et des annexes ; je ne le regrette pas cependant, car il s'agit des lésions les plus fréquentes et il

(1) Doléris. Trop de mutilations inutiles... pas assez de gynécologie conservatrice. *La Clinique*, 1er octobre 1891.

n'était pas inutile de vous exposer complètement l'état actuel de la gynécologie sur ce point capital.

Vous avez pu voir, si vous avez bien suivi mon exposition, comment la gynécologie purement médicale de 1886 a fait place peu à peu à la gynécologie chirurgicale. Vous avez assisté tous à cette révolution, dont j'ai essayé de vous faire toucher du doigt les excès non douteux et d'ailleurs reconnus par les gynécologistes les plus autorisés. Actuellement la réaction contre les mutilations inutiles se produit de tous les côtés à la fois. C'est un gynécologiste américain qui s'écrie, ces jours-ci : « L'ablation d'un organe n'est pas une victoire, mais une défaite thérapeutique. » C'est un gynécologiste russe, M. Grammatikati (1) qui nous dit : « Après l'ablation des ovaires, on observe de graves désordres menstruels, les signes d'un climactérium prématuré, des désordres circulatoires vaso-moteurs, et même des troubles psychiques chez les femmes opérées. Après l'extirpation de l'utérus, les malades sont tourmentées par des attaques de dysménorrhée graves, qui peuvent aussi produire des troubles psychiques. On doit donc sympathiser aux empressements de la gynécologie moderne, qui tend à restreindre le domaine des opérations en développant les méthodes de traitement conservatif. » En France, enfin, c'est M. Doléris (2), dont je vous ai déjà indiqué les tendances si judicieuses, qui fait entrevoir, au Congrès de Berlin, l'orientation future de la gynécologie et qui nous dit : « L'avenir est aux procédés de restauration et de conservation, non à ceux de destruction. »

Pour nous, nous resterons fidèles à la gynécologie que nous avons toujours défendue jusqu'à ce jour ; nous soignerons les malades comme savaient le faire les gynécologues médecins qui ont illustré la science française, mais nous profiterons aussi des conquêtes modernes et nous ferons de la gynécologie chirurgicale, en restreignant toutefois nos interventions au strict nécessaire pour la guérison ; en un mot, nous continuerons à faire de la gyné-

(1) *Journal de médecine de Paris*, 8 nov. 1891.

(2) Doléris. *L'objectif physiologique en gynéc.* Congrès de Berlin, 1890.

cologie médico-chirurgicale, et cette gynécologie restera autant que possible dans les limites de la gynécologie conservatrice.

Avant de terminer, permettez-moi de vous répéter les deux aphorismes qui résument notre entretien d'aujourd'hui :

L'ABLATION D'UN ORGANE N'EST PAS UNE VICTOIRE, MAIS UNE DÉFAITE THÉRAPEUTIQUE.

LA GYNÉCOLOGIE DE L'AVENIR, C'EST LA GYNÉCOLOGIE CONSERVATRICE.

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE

qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus (1),

par le Dr J. BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

—

Insuffisance du traitement interne. — Hygiène. — A. Traitement local des formes légères et récentes : 1° *Injections vaginales* ; — 2° *Pansements vaginaux* ; — 3° *Lavages intra-utérins ;* — 4° *Cautérisation intra-utérine : caustiques solides, caustiques liquides, (badigeonnages, injections, irrigations) ;* — 5° *Tamponnement intra-utérin ;* — 6° *Dilatation ;* — 7° *Electrolyse intra-utérine, son mode d'action. — B. Traitement des formes anciennes et graves par le curettage de la cavité utérine: Dangers du bâtonnage avec le crayon de chlorure de zinc. — Objections qui ont été faites au curettage appliqué au traitement des fibromes hémorrhagiques et réponse à ces objections :* 1° *Gravité de l'opération ;* — 2° *Les hémorrhagies ne sont pas en rapport avec l'endométrite ;* — 3° *Difficulté du curettage ;* — 4° *Fréquence des salpingites ;* — 5° *Fatalité de la récidive de l'endométrite après le curettage.*

Opinion des auteurs : Gaillard Thomas, Wylie, Harisson, Janvrin, Grandin, Coë, Baër, en Amérique ; Édis, en Angleterre ; Winckel, Wyder, Runge, Martin, en Allemagne ; Walton, Lauwers

(1) Voir *Revue méd. chir. des mal. des femmes*, juin, juillet, août 1891.

en Belgique ; Vulliet, en Suisse ; Mangiagalli en Italie ; Cospedal Tomé en Espagne ; Sécheyron, Jules Chéron, Pichevin, Pozzi, Lecomte, Cuellar en France, se montrent plus ou moins partisans du curettage.

Manuel opératoire, etc.

Soins consécutifs : injections iodées.

Curettage répété : cas dans lesquels un autre traitement est préférable ; cas dans lesquels au contraire le curettage répété est une méthode rationnelle pour attendre ou pour provoquer la ménopause.

S'il est vrai que les hémorrhagies soi-disant symptomatiques des tumeurs fibreuses de la matrice sont en réalité symptomatiques de l'endométrite concomitante, le traitement des hémorrhagies dont nous parlons vise donc uniquement la guérison de l'endométrite qu'on peut combattre sans se préoccuper de la présence de la tumeur fibreuse.

Sans doute, il est légitime de ne pas lutter exclusivement dans un cas donné, contre le symptôme hémorrhagie et il sera toujours judicieux de chercher à arrêter le développement du fibromyome par les moyens que la gynécologie possède actuellement; mais, ainsi que je l'ai exposé dans l'introduction de ce travail, le traitement des tumeurs fibreuses elles-mêmes est tout à fait en dehors de mon sujet. Je n'ai en vue que les hémorrhagies et surtout les hémorrhagies graves, compromettant plus ou moins sérieusement la santé, mettant même quelquefois la vie en péril, et contre lesquelles l'hystérectomie est souvent pratiquée encore aujourd'hui. Je voudrais rechercher quels résultats peut donner, dans ces cas, le curettage de la cavité utérine qui s'attaque directement à la cause des hémorrhagies et c'est cette partie de mon sujet qui doit recevoir les plus amples développements.

Il m'a semblé utile cependant de ne pas m'en tenir uniquement au traitement des formes graves par le curettage de la cavité utérine et j'ai cru qu'il serait plus rationnel de passer aupara-

vant, en revue, au moins d'une façon rapide, les moyens qu'on peut opposer à l'endométrite légère.

Ce traitement est à peu près exclusivement local, car le *traitement interne* est toujours insuffisant pour guérir l'endométrite qui accompagne les tumeurs fibreuses et même pour supprimer les hémorrhagies symptomatiques de cette endométrite. Il peut cependant se montrer efficace dans les cas tout à fait récents, aussi en dirai-je quelques mots avant d'aborder le traitement local.

Je ne parle pas ici des médicaments qui devaient, suivant quelques auteurs, diminuer le volume de la tumeur fibreuse ; on sait que jusqu'ici aucun résultat sérieux n'a été obtenu dans cette voie.

Mais il y a quelques médicaments hémostatiques auxquels on peut s'adresser avec avantage pour modérer l'abondance des pertes sanguines : tels sont l'ergot de seigle (et l'ergotine, l'ergotinine qui en dérivent), la rue, la sabine, l'hydrastis canadensis. J'ai eu l'occasion d'employer un certain nombre de fois, dans le service de mon maître M. le Dr Chéron, à Saint-Lazare, l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 20 à 60 gouttes par jour et l'hydrastin, en pilules de 10 centigrammes, à la dose de 2 à 5 pilules par jour. Ainsi qu'il résulte des observations publiées dans les thèses de MM. Cabanès (1) et Pigache (2), ce médicament agit très rapidement contre la congestion utérine et peut rendre de grands services, au point de vue hémostatique, lorsqu'il n'y a pas une altération notable de la muqueuse utérine ; je l'ai vu au contraire échouer à peu près complètement dans les cas d'endométrite fongueuse invétérée.

Il semble d'autre part bien exact que les poussées congestives locales aggravent l'endométrite en même temps qu'elles favorisent le développement de la tumeur. A tous les points de vue il sera donc judicieux d'engager les malades à éviter toutes les causes qui pourraient augmenter la congestion pelvienne : excès génésiques, usage de la machine à coudre, exercice du cheval, vélocipédie, etc., et en même temps d'avoir recours à tous les

(1) Cabanès, thèse de Paris, 1889.
(2) Pigache, thèse de Paris, 1890.

moyens qui, en favorisant le fonctionnement de la peau, décongestionnent les organes profonds : hydrothérapie, frictions sèches, bains stimulants, etc.

A. Traitement local des formes légères et récentes.

Un grand nombre de moyens ont été proposés pour combattre l'endométrite ; discuter la valeur de chacun d'eux m'entraînerait trop loin, aussi me bornerai-je à parler des plus importants :

1° *Injections vaginales chaudes.* — Les injections vaginales chaudes sont à recommander dans tous les cas, car elles diminuent la congestion de l'appareil utéro-ovarien et sont par conséquent utiles au point de vue de la modération des écoulements sanguins, et au point de vue du retard dans l'augmentation de volume de la tumeur. Emmet (1) (de New-York) en fait un grand éloge et j'ai toujours vu mon maître, M. le Dr Chéron, les recommander aux malades atteintes d'endométrite hémorrhagique compliquée ou non de fibrome, et cela presque toujours avec quelque avantage.

Les solutions les plus employées sont le sulfate de cuivre à 3 0/00, l'acide borique à 1 0/0, l'acide phénique à 2 0/0, le sublimé à 1 0/00, le chlorure de sodium à 6 0/00, le perchlorure de fer (5 à 20 gr. de solution normale pour un litre d'eau), etc.

La température de l'eau à injecter variera de 45° à 50° suivant la tolérance du malade ; la quantité du liquide, jamais moindre d'un litre, devra souvent être portée à 4 ou 5 litres pour chaque injection et même davantage dans certains cas.

2° *Pansements vaginaux.* — On les fait le plus souvent avec des bandelettes de gaze antiseptique (iodoformée, salolée, boriquée, etc.) ; je crois avec M. le Dr Chéron qu'on obtient de meilleurs résultats en imbibant ces gazes de glycérine neutre à 30° Baumé qu'en faisant des pansements secs, car l'action osmotique et décongestionnante de la glycérine, bien mise en relief par mon maître en 1879 (2), n'est pas à négliger.

(1) Emmet. *La pratique des maladies des femmes.* Trad. franç. Paris, 1887, pag. 570.

(2) Jules Chéron. Leçons sur les affections utérines. *Revue des maladies des femmes*, 1879-1880-1881.

3° *Lavages intra-utérins.* — Ils se pratiquent à l'aide du cathéter de Bozemann et Fritsch ou bien des sondes dilatatrices de Doléris, de Chéron, de Segond, etc., en utilisant les solutions antiseptiques déjà énumérées à propos des injections vaginales. Grâce aux instruments perfectionnés qu'on possède actuellement, ces irrigations peuvent être faites sans le moindre danger, pourvu que les règles de l'antisepsie soient observées ; elles nettoient très bien la cavité utérine et permettent d'agir ainsi plus sûrement sur la muqueuse avec les différents caustiques ou topiques modificateurs dont nous allons parler.

4° *Cautérisation intra-utérine.*

Je ne parlerai que des caustiques liquides. Les caustiques solides en effet doivent être complètement abandonnés ; ils agissent trop profondément en certains points et trop superficiellement sur d'autres points ; ils exposent à faire des sténoses des orifices cervicaux et utéro-tubaires ; en un mot ils ne réalisent aucune des conditions qu'on doit demander à un pansement intra-utérin, c'est-à-dire une innocuité absolue et une action uniforme et régulière sur toute la surface de la muqueuse.

Les caustiques liquides les plus employés en Allemagne et en Amérique sont : le chlorure de zinc dissous dans son poids d'eau, l'acide nitrique anhydre, et l'acide phénique concentré ; on les porte dans la cavité utérine au moyen d'un porte topique de Playfair entouré d'un cône d'ouate hydrophile. En France, on préfère généralement et à juste titre les caustiques plus légers qui n'exposent pas aux sténoses consécutives et dont l'application n'est pas douloureuse : teinture d'iode, solution normale de perchlorure de fer, glycérine créosotée au 1/5 ou au 1/10. On les porte ordinairement dans la cavité utérine avec la seringue de Braun et on se contente d'injecter de 3 à 5 grammes chaque fois, ce qui correspond à peu près à la contenance de la cavité dont on veut modifier les parois. Le Dr Van Cauwenberghe et le Dr Frédéricq (de Gand) (1) recommandent de véritables lavages de teinture d'iode pratiqués avec le cathéter de Bozemann modifié par M. Fré-

(1) Frédéric. Traitement des endométrites, *Annales et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, mars et avril 1890.

dericq (1), de manière à faire couler dans la cavité utérine de 50 à 100 grammes de teinture d'iode à chaque injection. Le Dr Frédéricq ne dit pas si ce traitement a été employé dans l'endométrite accompagnant les fibromes ; on sait que d'après quelques auteurs, il existe assez fréquemment, dans le cas qui nous occupe, une dilatation anormale des orifices utéro-tubaires. Ce n'est pas une raison suffisante pour rejeter complètement les lavages de teinture d'iode ; mais il faut être averti de la possibilité de cette complication et s'assurer toujours que le retour du liquide injecté peut s'effectuer très facilement et ne faire pénétrer le liquide que sous une faible pression. Ces deux précautions doivent du reste être prises dans tous les cas.

Il ne sera pas inutile pour la thèse que je défends de faire remarquer que déjà en 1863, à une époque où on ne connaissait pas l'endométrite comme complication des myomes, Savage et Routh (2) vantaient l'emploi des injections intra-utérines de teinture d'iode (Savage) et des injections de perchlorure de fer (Routh) comme un moyen très efficace d'arrêter temporairement les hémorrhagies symptomatiques des tumeurs fibreuses de l'utérus.

5° *Tamponnement intra-utérin.* — Un autre bon moyen de pansement intra-utérin consiste dans l'introduction de bandelettes de gaze antiseptique dont on bourre la cavité utérine et qu'on laisse en place pendant un jour ou deux si la matrice est suffisamment tolérante. On peut faire précéder ce tamponnement d'une cautérisation au chlorure de zinc, à la teinture d'iode, au perchlorure de fer, etc., en se servant de mèches iodoformées imbibées de la solution caustique introduites dans la cavité utérine de manière à la remplir exactement et retirées aussitôt après. Ainsi que le fait remarquer M. Frédéricq (3), la muqueuse est cautérisée ainsi beaucoup plus uniformément sur toute son éten-

(1) L'ouverture extra-utérine de la nouvelle sonde, qui est figurée dans l'excellent travail de M. Frédéricq (p. 90) se continue sous la forme d'un tube métallique court auquel on adapte un long tube de caoutchouc qui conduit la teinture d'iode dans le réservoir placé sous le champ opératoire ; on évite ainsi le passage du caustique sur la muqueuse vaginale, sur les doigts de l'assistant qui tient le spéculum ou sur le spéculum lui-même.

(2) Routh, *loc., cit.* p. 102 du tirage à part.

(3) Frédéricq, *loc. cit.*, p. 85.

due. Il y a des cas dans lesquels ce tamponnement est facile à exécuter, l'utérus étant mobile et largement ouvert ; dans le cas contraire les injections sont plus commodes et remplissent à peu près le même but ; il faut savoir en outre que certaines malades très nerveuses supportent très péniblement les tamponnements intra-utérins.

Disons enfin que non seulement le tamponnement iodoformé représente un excellent moyen de traitement de l'endométrite, mais qu'il constitue une ressource précieuse pour arrêter une hémorrhagie dont l'abondance causerait des inquiétudes au médecin. M. Vulliet (de Genève) (1) en a obtenu les meilleurs résultats.

6° *Dilatation.* — Il faut admettre comme une règle générale en gynécologie que tout traitement de l'endométrite de la cavité utérine doit être précédé de la dilatation du canal cervical, quand ce canal est sténosé en un point quelconque.

En effet, tant que les sécrétions sont retenues dans la cavité utérine, la guérison de l'endométrite est très difficile et l'on sait que la sténose de l'orifice externe (qui est de beaucoup la plus fréquente) est considérée, précisement à cause de la rétention des sécrétions qui en est la conséquence, comme une cause prédisposante très sérieuse des inflammations de l'endomètre et comme un obstacle à la guérison. En second lieu, toutes les médications intra-utérines que nous venons de passer en revue ne peuvent être appliquées facilement et sans danger que si le canal cervical est largement ouvert. Enfin, la dilatation artificielle possède, dans le cas de tumeur fibreuse, une action hémostatique bien connue : Chéron (2), Emmet (3), Walton (4), Terrier (5), Lutaud (6), Kal-

(1) Vulliet et Lutaud. *Leçons de gynécologie opératoire*, 2e éd. Paris, 1890, p. 195.

(2) Chéron, La dilatation du canal cervical et les injections intra-utérines, *Rev. des mal. des femmes*, décembre 1885.

(3) Emmet. *loc. cit.*, p. 570.

(4) Walton. *loc. cit.*

(5) Terrier. De la dilatation de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies dues à la métrite aiguë ou chronique et aux fibromes utérins. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1888, p. 248.

(6) Lutaud. Traitement des hémorrhagies utérines par la dilatation. *Journal de méd. de Paris*, 1889, p. 3.

tenbach (1), Pozzi (2), etc., ont insisté sur la facilité avec laquelle on arrête parfois, mais temporairement il est vrai, les hémorrhagies au moyen de la dilatation artificielle, dans le cas de fibromyome utérin. J'ai eu moi-même l'occasion d'en voir un très beau cas avec mon ami, M. le Dr Baudier, mais je dois dire que j'ai eu un insuccès à peu près complet chez un autre malade.

Les procédés de dilatation varient suivant les auteurs ; les tiges de laminaire iodoformée, les éponges iodoformées, les filières d'Hégar ou des filières analogues, parmi lesquelles je citerai celle de M. Segond dont l'emploi m'a paru très facile quand l'utérus peut être abaissé ou quand il est mobile, les dilatateurs métalliques à branches, etc., sont d'une application plus ou moins facile suivant les cas et peuvent rendre à peu près les mêmes services.

7° *Electrolyse intra-utérine.* — Il me reste à dire quelques mots de la galvanocaustie chimique intra-utérine, préconisée par M. le Dr Apostoli comme moyen de traitement de l'endométrite qui complique les tumeurs fibreuses.

Cette méthode est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la décrire une fois de plus ; ce qui importe, c'est de discuter son mode d'action.

La galvanocaustie chimique intra-utérine possède une double action thérapeutique : 1° une action dynamique interpolaire qui vise la nutrition de l'utérus et des tumeurs fibreuses contenues dans cet organe ; 2° une action caustique intra-utérine qui doit seule nous occuper en ce moment puisque seule elle s'adresse à l'endométrite. Je suis convaincu, pour ma part, que les succès de la méthode de M. Apostoli, succès que l'on ne saurait mettre en doute, sont dus principalement à ce dernier mode d'action. C'est aussi l'opinion de M. Brose (3) et de M. Nicaise (4). Mais est-il bien nécessaire, pour cautériser la cavité utérine, de recourir à l'électricité ? Si l'endométrite est peu accentuée, les injections de teinture d'iode, les pansements intra-utérins à la gaze iodofor-

(1) Kaltenbach. *Centrabl. für Gynæk.* 1888, p. 29.
(2) Pozzi. *Traité de gynécologie.* Paris 1890, p. 271.
(3) Brose. *Centr. für. Gyn.* 1889, n° 16.
(4) Nicaise. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris,* 1889, p. 530.

mée, etc., précédés de la dilatation du canal cervical, en auront raison sans grande difficulté. Si l'endométrite est invétérée, je crois que le curettage est un procédé beaucoup plus scientifique et beaucoup plus sûr que la cautérisation électrique. On ne saurait en effet, suivant la remarque de M. Pozzi (1), avoir la certitude de détruire la muqueuse utérine aussi complètement avec une sonde rigide qu'avec une curette flexible qu'on peut promener avec force dans tous les sens et faire pénétrer dans tous les coins.

Il est bon de dire aussi que, sans présenter tous les dangers qui lui ont été attribués, la méthode de M. Apostoli n'est pas sans inconvénients dans le cas de lésions concomitantes des annexes, parce qu'elle laisse dans la cavité utérine des eschares qui peuvent s'altérer sur place et aggraver l'affection des trompes. Aussi M. Apostoli (2) déclare-t-il lui-même qu'il faut être réservé dans l'emploi de sa méthode lorsqu'on soupçonne une lésion des annexes. Le curettage, lorqu'il est pratiqué d'une façon convenable, est au contraire sans danger dans ce cas ; il peut même améliorer l'état des annexes lorsque ceux-ci ne sont pas gravement atteints, de même que la cystotomie peut, d'après mon maître, M. le Dr Guyon (3), améliorer les pyélo-néphrites ; les faits sont comparables, ainsi que j'ai essayé de le mettre en relief dans un autre travail (4).

En résumé, l'efficacité de la méthode de M. Apostoli, réelle dans un grand nombre de fibromes hémorrhagiques, vient à l'appui de la thèse que je défends, mais je reste convaincu qu'au point de vue de son action sur l'endométrite qui accompagne les tumeurs fibreuses, elle peut avantageusement être remplacée par les autres procédés de la médication topique intra-utérine. Dans

(1) Pozzi. *loc. cit.*, p. 267.

(2) Apostoli. *Congrès médical internat. de Berlin*, août 1890.

(3) Guyon. De l'influence du traitement des cystites sur les pyélo-néphrites *La Semaine médicale*, 3 sept. 1890.

(4) Batuaud. L'influence du traitement des cystites sur les pyélo-néphrite comparée à celle du traitement de l'endométrite sur les salpingites. *Revue de mal. des femmes*, oct. 1890.

les endométrites invétérées, elle paraît très inférieure au curettage qu'il nous reste à étudier.

(*A suivre.*)

DU CURETTAGE

employé comme méthode de traitement dans le cancer de l'utérus,

Par le Dr Cuellar, de Sucre (Bolivie).

—

Quand en 1846 Récamier proposa le curettage, comme nouvelle méthode de traitement, il en fit une opération qui s'adressait surtout au cancer de l'utérus, ainsi que l'indique le titre de son mémoire « sur les productions fibreuses et les fongosités intra-utérines » (1).

Nous avons dit plus haut quelle lutte s'était élevée à ce moment entre les gynécologistes pour adopter ou rejeter ce moyen, ou pour l'abandonner définitivement. Rappelons ici toutefois qu'un des arguments les plus importants des adversaires du curettage était les accidents de perforations utérines qui avaient suivi cette opération. Or ces accidents avaient dû arriver surtout en cas de cancer.

Nous ne pouvons reprendre ici toutes les phases de l'histoire du traitement du cancer de l'utérus. Notre intention est plus modeste, nous nous proposons de faire ressortir qu'il est des formes et des degrés de l'épithélioma de l'utérus, dans lesquels on peut obtenir une grande amélioration par l'emploi du curettage. Nous voulons préciser ensuite certains points de la technique opératoire, tendant à démontrer qu'il est certaines petites modifications à faire dans le manuel opératoire généralement employé.

Tous les auteurs s'entendent à distinguer deux formes primitives du cancer de l'utérus : l'une très rare, cancer primitif du corps ; l'autre très fréquente, cancer primitif du col. Tout le

(1) Récamier. Travail lu à l'Ac. de méd. fév. 1843. *Annales thérapeutiques* 1846. *Union méd.*, 1850.

monde connaît les propagations rapides qui se font du col vers le corps de l'utérus, vers les tissus péri-utérins, le rectum et la vessie.

Si l'on a beaucoup discuté dans ces dernières années sur les diverses méthodes de traitement de ces différentes formes, on peut dire que ces discussions sur le mode et l'étendue de l'opération s'arrrêtent à une catégorie de cas qualifiés d'inopérables. Toutes les méthodes en effet tendant au traitement du cancer de l'utérus peuvent se réduire à deux classes : opérations partielles et opérations totales. Si un cancer se trouve limité au col de l'utérus on peut encore discuter, comme cela a eu lieu à la Société de chirurgie en 1888, si l'on enlève tout l'utérus, ou seulement la partie malade. Mais lorsqu'on est en présence d'un cancer plus avancé dans son évolution, lorsque le néoplasme a dépassé l'utérus, envahi le tissu cellulaire des ligaments larges, l'hystérectomie totale ou partielle ? en admettant qu'elle fût opératoirement possible, présenterait-elle des avantages sérieux.

Les opérations, pratiquées dans ces conditions ont, au début de la chirurgie du cancer de l'utérus, donné sans doute de nombreux insuccès, et il n'est pas aujourd'hui de gynécologiste qui ne reconnaisse qu'il est des cas inopérables et dans lesquels on ne doit avoir recours qu'aux méthodes palliatives.

Quelles sont ces méthodes palliatives ?

Ce sont tous les moyens médicaux destinés à lutter contre les trois principaux symptômes du cancer de l'utérus : hémorrhagie, douleurs, pertes fétides. L'ergotine, le perchlorure de fer, les injections chaudes, contre l'hémorrhagie. Le chloral, la morphine, tous les opiacés, contre l'élément douleur. Les injections antiseptiques contre la fétidité.

C'est à côté de ces divers moyens et pour les cas dits inopérables, que le curettage a donné des résultats bienfaisants comme traitement palliatif. Cette méthode de traitement est décrite par un élève de M. Pozzi, Despréaux (1), dans sa thèse, sous le nom de « curettage destructeur ». Car cette opération a pour but la destruction aussi complète que possible du tissu « utérin en voie de dégénérescence cancéreuse » et alors même que l'on croit ne pas pouvoir enlever complètement tous les tis-

(1) Despréaux, *loc. cit.*

sus pathologiques, les indications du curettage apparaissent formellement ».

Schrœder (2) est grand partisan du curettage : « Les hémorrhagies cessent, l'atmosphère empestée qui enveloppait la malade se dissipe, l'appétit renaît, la femme revient à la vie, elle reprend peu à peu des forces, et l'entourage de la patiente, auquel on n'avait cependant laissé aucune illusion, ne peut se refuser à croire à une guérison complète, jusqu'au moment où une aggravation nouvelle vient ôter toute espérance ».

Munde a aussi eu des succès par cette méthode (1). Martin recommande le râclage et l'affrontement autant que possible des surfaces avivées (2).

Hégar a vu, dans des cas de cancer de l'utérus limité à la muqueuse utérine, des femmes « pouvoir pendant de nombreuses années avoir une existence possible, après le curage répété de l'utérus » (3). Les faits apportés par Despréaux en 1888 sont dus à la pratique de M. Pozzi, qui est grand partisan dans certains cas de cette opération. Curage suivi de cautérisation au fer rouge.

M. Pozzi, dans son récent traité de gynécologie, repousse toute opération autre que le curage dans les cas de « cancer limité au col avec certitude ou soupçon de propagation profonde, et dans les cas de cancers du col ayant envahi le vagin primitivement ou consécutivement ». Il est des cas, dit-il, où il faut savoir s'abstenir même quand ils sont *anatomiquement* opérables, la chirurgie n'est pas la médecine opératoire (4).

Après ce rapide aperçu sur l'historique du curettage pour cancer de l'utérus, il nous reste à voir quelles sont ses indications précises, ses contre-indications, le manuel opératoire qu'il exige.

Ainsi qu'on a pu le voir par ce qui précède, les indications du curettage pour le cancer de l'utérus semblent bien limitées, sauf dans les cas d'Hégar, aux cas où la propagation du néoplasme aux tissus péri-utérins ou même, comme le dit M. Pozzi, le soup

(1) Schrœder. *Maladies des org. gén. de la femme*, traduction française. Paris, 1886.

(2) Munde. *Americ. Journ. Of obst.* V. p. 309,

(3) D'ap. Von Rabeneau. *Berlin. klin. Woch.*, 1883, n° 13.

(4) Hégar et Kaltenbach. *Gynécol. opératoire*, trad. franç., Paris, 1885.

(5) Pozzi. *Traité de Gynécologie*, Paris, 1890, p. 418.

çon de propagation doit détourner de toute intervention radicale. Nous avons vu qu'à côté de ces cas Hégar avait obtenu des succès dans des observations de cancer limité à la muqueuse et selon lui la méthode pourrait être parfois plus que palliative. « Il n'est pas impossible d'obtenir une guérison radicale, quand on opère dès le début d'un carcinome glandulaire, ou d'un sarcome limité à la muqueuse » (1).

Le but de l'opération est de supprimer, aussi loin qu'on peut, les masses fongueuses avec les ulcérations saignantes qu'elles portent, c'est du coup supprimer l'hémorrhagie. Pour Despréaux l'opération remplit un autre but, en enlevant les fongosités qui obstruent le conduit utérin, il s'établit un drainage facile, les rétentions douloureuses de liquide fétide sont ainsi écartées.

Mais il ne faudrait pas perdre de vue, dans l'étude de ces diverses indications, ce que n'ont cessé de répéter tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, c'est que le curettage de l'utérus, pour certains cas de cancer, n'est et ne peut être qu'une méthode palliative.

Les contre-indications, ainsi que l'ont bien établi MM. Pozzi et Despréaux, résident dans le degré de la propagation. Si cette propagation du néoplasme est nulle, il est préférable d'avoir recours aux opérations radicales. Si au contraire elles sont trop étendues, surtout dans la direction du vagin, sur ses parois antérieure ou postérieure, il serait, suivant ces auteurs, très dangereux de recourir au curettage sans s'exposer à perforer le rectum ou la vessie. Mais on ne devra trouver, suivant l'avis unanime, aucune contre-indication pour le curettage dans l'état général de la femme. Elles présentent souvent du reste avec des lésions aussi étendues les symptômes de la cachexie cancéreuse.

Ces phénomènes sont entretenus sinon provoqués par les hémorrhagies continuelles, par les résorptions septiques, qui se font au niveau du néoplasme ; enlever ces fongosités c'est arrêter les hémorrhagies, c'est faciliter et diminuer en même temps l'écoulement des produits fétides.

Le curettage pratiqué pour le cancer de l'utérus, avec les indications que nous avons données plus haut, est un fait aujourd'hui de pratique courante pour beaucoup de chirurgiens. On en

(1) Pozzi, *loc. cit.*

trouve de nombreuses observations dans les thèses des élèves du Dr Pozzi, Despréaux et Adrien Pozzi. Nous aurions pu nous-même rapporter plusieurs observations également prises dans le service de M. Pozzi, mais comme actuellement les faits de ce genre sont très nombreux, nous n'avons pas voulu surcharger ce travail d'observations qui n'ont plus à l'heure qu'il est un grand intérêt, et nous nous sommes contenté des deux suivantes intéressantes l'une, au point de vue du curage répété, l'autre au point de vue de l'amélioration rapide de la malade.

Observation XXX (Inédite).

Epithélioma du col. — Curettage. (Communiquée par M. Charier, interne du service).

Mme V.... 60 ans, journalière.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie aiguë à 60 ans. — Mère qui s'était toujours bien portée est morte à 80 ans.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure. Un enfant à 50 ans ; suites de couches normales.

Depuis 4 ans, elle se plaint de quelques douleurs dans la matrice, de pertes sanguines mélangées de sérosité et qui sentaient mauvais, au dire de la malade. Ces accidents ayant augmenté considérablement, les pertes devenant horriblement fétides et continuelles, les douleurs étant plus fortes et la malade se trouvant dans un état de faiblesse extrême, elle rentre il y a un an à l'hôpital Pascal, où M. Picqué lui fait un curettage de l'utérus.

Huit mois après, environ, les accidents ayant reparu avec force, elle rentre de nouveau à l'hôpital Pascal. M. Pozzi lui fait alors un deuxième curage, sans endormir la malade : il lui enlève avec la curette tranchante une grande quantité de masses cancéreuses, le contenu environ d'un verre à expériences ; il fait ensuite une cautérisation très énergique, puis lavage, tamponnement iodoformé.

Quelques jours après, la malade présente des signes légers d'intoxication iodoformée ; on lui enlève les tampons et on fait des lavages à l'eau bouillie, légèrement phéniquée. La malade se trouve dans un état satisfaisant.

Deux mois après (décembre 1890), les pertes fétides apparaissent ; M. Pozzi lui fait alors un troisième curage, sans cautérisation ni tamponnement.

La malade, en ce moment (janvier 1891), se trouve très soulagée, quoique encore très faible pour reprendre ses occupations, et présentant quelques signes de cachexie cancéreuse ; elle est cependant dans un état de santé relatif qui lui rend l'existence supportable ; les pertes et les douleurs ont disparu.

Observation XXXI (Inédite).

Cancer du corps de l'utérus. — Curettage.

Mme X..., âgée de 45 ans, née à Porto (Portugal) ; bonne santé antérieure. Depuis 3 ans, elle a été soignée pour une affection de la matrice, qu'on avait considérée comme une affection bénigne (métrite) ; elle se plaignait de pertes constantes, douleurs dans l'hypogastre, etc.

N'ayant retiré aucun bénéfice des divers traitements qu'elle avait faits et voyant son affection s'aggraver, elle vient à Paris et consulte M. Pozzi, qui trouve un cancer très avancé du corps de l'utérus ; une opération radicale étant impossible dans ces conditions, M. Pozzi lui conseille le curettage de l'utérus qui a été fait le 1er novembre 1890 ; ce curage avait surtout pour but de creuser une sorte de tunnel dans les masses cancéreuses et de permettre ainsi l'écoulement menstruel, qui était excessivement douloureux. Les suites opératoires sont excellentes : rapide et considérable amélioration de la malade ; les hémorrhagies disparaissent ainsi que les pertes fétides et les douleurs qui avaient tant fait souffrir la malade ; l'appétit revient, sa santé est, en somme, excellente, à tel point qu'elle se croit complètement guérie.

Malgré l'état satisfaisant de la malade, M. Pozzi insiste et fait, à la fin de décembre 1890, une deuxième opération ayant pour but de faire un curage plus complet de l'utérus, et éloigner par suite la récidive. La malade a très bien supporté l'opération et son état est actuellement aussi satisfaisant que possible.

Manuel opératoire. — Dans toutes les circonstances où l'on pratique le curettage de l'utérus en dehors du cancer, le but est

le même ; abrasion aussi complète que possible de la muqueuse utérine, que ce curettage soit fait pour une métrite, pour une salpingite, pour des fibromes, et nous avons montré quels étaient les points spéciaux qui exigeaient des manœuvres particulières.

En cas de cancer de l'utérus la scène change complètement, il n'est plus question de dilater un utérus déformé par le néoplasme, il n'est plus question d'enlever seulement la muqueuse mais aussi toutes les parties malades aussi loin que l'on peut aller, sans produire de perforation. Le curettage fait, il ne s'agit plus de compléter son action comme plus haut, avec un caustique, perchlorure de fer ou teinture d'iode, il faut une action plus profonde, plus énergique, le cautère actuel.

M. Pozzi, dans son service de l'hôpital Lourcine, a adopté la pratique opératoire que nous allons exposer, et qui a été employée dans les faits recueillis dans son service que nous avons rapportés.

La malade peut ne pas être endormie, l'opération étant peu douloureuse : Le col de l'utérus est mis à découvert par les valves du spéculum de Simon, on procède alors au curettage des parties fongueuses avec la curette tranchante de Simon ; ici, en effet, l'on ne s'adresse plus, comme dans les autres curettages, à des tissus de consistance variable, dont les parties les moins résistantes sont les plus malades. Ici tout le tissu est friable et il faut que la curette puisse limiter et mesurer son action, afin de ne pas produire de perforations des parties voisines du néoplasme. La curette tranchante remplit beaucoup mieux ces conditions que la curette mousse. Un des accidents les plus fréquents de ce curettage est l'hémorrhagie, mais, ainsi que ne cesse de le répéter M. le Dr Pozzi, cette hémorrhagie ne doit pas effrayer l'opérateur, car la plupart du temps elle diminue à mesure que l'opération avance. Si toutefois celle-ci prenait des proportions vraiment inquiétantes, on pourrait, ainsi que cela a pu être fait quelquefois, procéder à la ligature temporaire des artères utérines.

Une fois le râclage terminé, on fait un lavage avec une solution antiseptique faible et très chaude, et l'on va éteindre dans l'anfractuosité créée par la curette une série de cautères actuels, préférables dans la circonstance au thermo-cautère Paquelin, car l'on dispose d'une chaleur beaucoup plus considérable et l'action caustique est portée assez loin dans les tissus. La cautérisation

achevée, on fait un nouveau lavage, et l'on bourre la cavité et le vagin de gaze iodoformée.

Conclusions

Le curettage ne peut être ici qu'une méthode palliative, mais dont les effets sont bien établis.

Le manuel opératoire comporte certaines particularités que nous venons de signaler et qu'il est bon de ne pas négliger.

Ce curettage peut être sans inconvénient répété lorsque les accidents qu'il avait supprimés reparaissent jusqu'au moment où les progrès des néoformations, défendent la moindre intervention sous peine de pénétrer dans les cavités voisines.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 *octobre* 1891.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE PÉAN.

M. Terrillon. — Depuis le mois de mai dernier, époque à laquelle j'avais déjà fait trois ou quatre fois l'hystérectomie vaginale totale pour des suppurations pelviennes, j'ai eu l'occasion d'en faire de nouveau l'application avec succès. Parmi mes dernières opérations, je résumerai l'observation de 4 cas, qui me semblent instructifs au point de vue des rapports que présentent entre elles l'hystérectomie vaginale et la laparotomie.

Le premier de ces faits concerne une femme de 27 ans, atteinte d'une double salpingite post-puerpérale depuis 2 ans, dont la suppuration s'était fait jour dans le rectum. Elle présentait à l'exploration abdominale une tuméfaction considérable remontant jusqu'à l'ombilic et un double plastron généralisé à toute cette région ; la fistule rectale continuait à être perméable et les accidents de fièvre devenaient menaçants.

J'ai d'abord tenté chez cette malade une laparotomie, mais,

en présence de l'épaisseur considérable de l'épiploon adhérent en avant et en arrière aux anses intestinales,agglutinées entre elles, j'ai dû renoncer à atteindre les lésions profondes inattaquables par cette voie. Le ventre ayant été alors refermé, j'ai procédé immédiatement à l'hystérectomie, suivant la méthode de Péan. L'opération a été particulièrement difficile et ce n'est qu'après avoir morcelé en grande partie l'utérus que j'ai pu atteindre à gauche deux kystes séreux et au-dessus une poche purulente, puis à droite deux autres collections semblables, et enfin j'ai terminé par l'ablation du fond de l'utérus.

Pendant 25 jours, les suites de l'opération ont été normales et la guérison semblait s'accentuer, lorsque la température s'est élevée indiquant une rétention de la suppuration. L'examen du fond de la cavité vaginale m'a en effet démontré qu'à ce niveau la cicatrisation avait été pour ainsi dire trop rapide et qu'il ne restait qu'un orifice fistuleux trop étroit pour la sortie du pus. Ce trajet élargi, les accidents ont disparu, mais au bout de 6 mois la malade conservait encore une fistulette fonctionnant.

Quelques mois après, je voyais une autre femme de 23 ans, présentant les mêmes accidents : tuméfaction et plastron considérables, fistules purulentes inguinale et rectale, vives douleurs, etc. Une tentative de laparotomie étant également restée infructueuse, j'ai, 8 jours plus tard, pratiqué l'hystérectomie vaginale, qui s'est effectuée avec de plus grandes difficultés que dans le cas précédent, principalement à cause d'une poche purulente très élevée, dont l'ablation n'eut lieu que par morceaux. Aucune particularité n'est venue troubler la guérison, qui actuellement a persisté, bien que les lésions de la trompe, des ovaires et de l'utérus, fussent de nature tuberculeuse.

Ma troisième intervention, que j'ai faite d'emblée par la voie vaginale, a porté sur une femme de 42 ans, malade depuis 9 ans, et présentant une fistule rectale et des accidents de septicémie chronique, à laquelle on devait en outre rattacher une éruption lichénoïde de la face. L'opération, également peu aisée, a été suivie d'une guérison complète.

Une indisposition subite force M. Terrillon à remettre la suite de la communication à la prochaine séance.

(*Bulletin médical.*)

Séance du 28 *octobre* 1891

TRAITEMENT DES SUPPRESSIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE PÉAN.

M. Terrillon. — Sur les quatre faits d'hystérectomie vaginale, dont j'ai voulu vous donner connaissance dans notre dernière séance, trois vous sont déjà connus ; reste le quatrième, que je puis ainsi résumer. Il a trait à une femme de 33 ans, nullipare, qui, à la suite d'accidents de pelvi-péritonite, avait été atteinte d'un abcès pelvien dont le pus avait fini par faire irruption dans le vagin et dans le rectum.

Les fistules purulentes ayant persisté et les accidents de fièvre hectique étant devenus inquiétants, il fut décidé qu'on interviendrait par l'hystérectomie vaginale. L'opération fut particulièrement difficile, à cause de la situation fixe et élevée de l'utérus, dont l'ablation ne put avoir lieu que par segments multiples. De chaque côté plusieurs poches purulentes furent ouvertes, vidées et arrachées par lambeaux autant qu'il fut possible de le faire. Les suites de l'opération ont été normales et la malade est revenue à la vie, bien qu'elle ait conservée une fistule rectale qui, au bout de 5 mois, ne s'était pas encore tarie.

Dans ces dernières opérations j'ai modifié sur un point le manuel opératoire que j'avais suivi lors de mes premières hystérectomies. Au lieu de placer sur les côtés de l'utérus et de laisser à demeure un certain nombre de longues pinces, je n'en abandonne plus maintenant dans la plaie qu'une ou deux, ce qui est bien suffisant pour arrêter l'hémorrhagie, car je réduis cette dernière au minimum en déchirant les adhérences plutôt qu'en les sectionnant comme je le faisais jadis. J'ai, en outre, remarqué que dans cette dernière série d'opérations, les manœuvres ont présenté de très sérieuses difficultés, contrairement à ce que l'on observe dans certains cas.

Il n'est pas douteux que l'hystérectomie vaginale, comme traitement des suppurations pelviennes, donne d'excellents résultats et paraît particulièrement indiquée quand les lésions sont inattaquables par la voie abdominale ; toutefois, elle peut donner lieu à divers accidents et complications. Aussi, suivant moi, serait-ce un tort d'en faire l'application à tous les cas de suppuration pelvienne. De même que la laparotomie a ses indications

et est applicable aux collections récentes, bien circonscrites et non fistuleuses, de même l'hystérectomie doit être réservée aux suppurations anciennes, étendues, et compliquées de masses indurées et de trajets fistuleux.

M. Richelot. — Comme j'ai l'intention de vous communiquer dans quelques jours un travail sur le même sujet, je ne veux aujourd'hui aborder que quelques points soulevés par la communication de M. Terrillon. Depuis un certain nombre de mois, j'ai eu fréquemment recours à l'opération de Péan et je n'hésite pas à proclamer que, dans les cas de suppuration complexe, elle me paraît bien supérieure à la laparotomie ; en de telles circonstances elle est moins dangereuse que cette dernière qu'on est souvent forcé de laisser inachevée.

C'est ce qui m'est arrivé au commencement de cette année sur une malade, chez laquelle, le ventre ouvert, j'ai dû m'empresser de le refermer, à cause de l'impossibilité d'atteindre sans danger les parties profondes, ensevelies sous un plastron inabordable. J'ai alors pratiqué une simple incision vaginale, suivant la méthode de Larroyenne ; les résultats en ont été d'abord assez bons et j'ai espéré une guérison, que, quelques mois plus tard, de nouveaux accidents de suppuration sont venus démentir ; il a fallu, en fin de compte, en arriver à l'hystérectomie, qui a définitivement clos l'ère des souffrances de cette malade.

A propos de l'un des faits que M. Terrillon nous a rapportés, notre confrère nous a signalé quelques accidents de rétention du pus par suite de la cicatrisation et de la rétraction rapides du fond de la cavité vaginale. Ce doit être là une exception fort rare, car nulle part on n'en fait mention et, sur 18 opérés, je n'ai pas eu à l'observer. La large bouche béante que crée l'opération me semble, au contraire, bien propre à prévenir cette intervention, qui ne réclame que fort peu de soins consécutifs.

M. Reclus. — Je ne veux pas revenir sur les indications de l'hystérectomie vaginale telles qu'elles viennent d'être formulées ; elles me semblent d'autant mieux l'expression de la vérité que trop souvent la laparotomie constitue un traitement incomplet, ainsi que cela m'est arrivé il y a quelque temps. Sur une femme atteinte depuis longtemps de phénomènes de suppuration, je tentai une laparotomie, dans le cours de laquelle je ne pus enlever en totalité une poche purulente. Il s'en suivit, plu-

sieurs mois après, le retour des accidents douloureux, qui me déterminèrent à pratiquer cette fois l'hystérectomie, depuis laquelle (7 mois) ma malade est restée parfaitement guérie.

Comme M. Terrillon, j'ai eu, une fois, l'occasion de constater des accidents de rétention semblables à ceux qu'il a rencontrés ; le fait s'est présenté dix jours après l'opération. Pour y remédier, j'ai dilaté un petit orifice, que le spéculum m'a permis de voir au fond du vagin, et ainsi il m'a été possible de faire sortir une notable quantité de pus et d'irriguer la cavité qui le renfermait. C'est pour éviter une semblable complication que, dans cinq opérations suivantes, j'ai pris l'habitude, après l'ablation des pinces, de faire pénétrer assez profondément la gaze iodoformée qui sert de pansement.

M. Bazy. — Sans vouloir jeter un discrédit sur l'hystérectomie vaginale, on doit toutefois être prévenu qu'il n'est pas aussi rare que le pense M. Richelot de voir survenir des accidents dans les jours qui la suivent :

J'en connais pour ma part quatre exemples : l'un m'est personnel et concerne une jeune femme qui, à la suite de cette opération, fut atteinte d'une tuméfaction pelvienne, que l'on dut plus tard inciser. Quant aux trois autres faits, ils appartiennent à la pratique d'opérateurs très habiles, parmi lesquels, m'a-t-on dit, se trouve le promoteur de cette méthode opératoire. C'est pour éviter de pareils accidents, qu'il est d'ailleurs possible de s'expliquer quand on pratique certaines laparotomies, qu'il est utile de surveiller les malades pendant plusieurs mois.

M. Routier. — Je voudrais rapprocher d'un des cas relatés par M. Terrillon, un fait qui présente avec lui quelque analogie. Il s'agit d'une jeune femme atteinte de suppuration pelvienne et de fistule rectale, que j'essayai de traiter par l'hystérectomie. Celle-ci ne put être exécutée complètement à cause de la friabilité de l'utérus, lequel se déchirait à la moindre traction de la pince ; toutefois je parvins à ouvrir une cavité purulente et à la nettoyer. Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération il n'y eut rien de spécial à noter, mais un peu plus tard on constata le développement d'une fistule recto-vaginale qui laissait passer les matières fécales. Cette fistule n'a d'ailleurs persisté que quelques semaines et la malade guérie a vu revenir ses règles par le tronçon utérin que j'avais laissé.

M. Terrillon. — Je suis entièrement d'accord avec mes collègues sur les indications qui commandent l'hystérectomie, ainsi que le prouve la conclusion de la note que je viens de lire ; j'ajouterai toufefois que je suis disposé à faire quelques réserves au sujet de la bénignité de l'opération. (*Bull. méd.*)

TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. Richelot. — La question du traitement du cancer de l'utérus a été ici, en 1888 (*Bulletin méd.*, 1888, p. 1382), l'occasion d'une discussion qui, on s'en souvient, fut peu favorable à la cause de l'intervention. Le coup formidable que lui porta alors M. Verneuil, préconisant, avec faits à l'appui, l'amputation sous-vaginale du col avec la chaîne de l'écraseur, et les résultats désastreux de l'extirpation totale apportés par quelques-uns de nos collègues, Kirmisson, Polaillon, Marchand, Monod, furent les causes qui contribuèrent à la discréditer parmi nous.

Aussi, à cette époque, malgré les succès que j'avais obtenus, malgré ceux que Bouilly et Terrier étaient venus signaler, puisque sur un total de 74 opérations, nous ne comptions que 20 morts, je décidai d'étudier parallèlement l'amputation partielle et l'hystérectomie. Après quelques essais, j'ai dû renoncer à la première, et je suis revenu sans réserve à l'hystérectomie totale dans les cancers limités à l'utérus ; je l'ai aussi pratiquée pour des affections non cancéreuses, de telle sorte que j'ai maintenant une série nouvelle de 80 opérations.

Relativement au cancer, je compte 22 opérations, dont seulement 1 mort immédiate. Parmi les 21 guérisons opératoires, 5 fois la récidive a été rapide, mais elle était prévue et inévitable et l'hystérectomie n'avait été préférée que pour des raisons d'ordre secondaire. Mettant de côté un cinquième revers, dû à une lésion vésicale qui provoqua une péritonite, j'ai à mon actif 15 opérées bien portantes ; sur 5 d'entre elles, je n'insisterai pas, car elles ont été opérées du 2 mai au 10 octobre 1891 ; mais les 11 autres ont une réelle valeur, puisque la plus récente a huit mois de bonne santé et la plus ancienne un an et dix mois. J'ai donc le droit de dire que la plupart de mes opérées me fournissent de véritables succès et je ne puis oublier que dans ma première série

j'ai 3 femmes, sur un nombre total insignifiant, qui restent guéries depuis quatre ans et demi et cinq ans passés. Si l'on considère tout ce qu'on a dit et écrit sur l'hystérectomie vaginale depuis quelques années, je puis avancer que cette opération me paraît en train de se réhabiliter parmi nous, si ce n'est déjà un fait accompli, non par des polémiques où dominent les raisons de sentiment et les questions personnelles, mais par le travail lent et consciencieux, par l'étude de l'accumulation des faits.

(*Bull. méd.*)

Séance du 4 *novembre* 1891.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES.

M. Quénu porte 11 faits personnels de salpingites traitées par l'hystérectomie vaginale. La première observation a trait à une femme de 44 ans atteinte depuis 1874 de suppuration pelvienne. Elle fut opérée et guérit fort bien.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un phlegmon du ligament large consécutif à un curettage, phlegmon suivi de salpingite suppurée. Les annexes furent enlevés avec l'utérus. La malade est aujourd'hui guérie.

Le troisième fait se rapporte à une femme apportée sur un brancard à l'hôpital. Elle portait une vaste poche purulente dans le petit bassin et plusieurs autres sur les côtés de l'utérus. L'hystérectomie vaginale évacua toutes ces poches et la malade alla fort bien pendant huit jours. A ce moment elle perdit des matières fécales par le vagin ; il se forma une fistule qui persiste encore.

La quatrième hystérectomie fut aussi pratiquée pour une suppuration pelvienne avec fistule vaginale. Le péritoine ne fut pas ouvert. La malade est aujourd'hui guérie.

La cinquième observation se rapporte à une suppuration pelvienne avec fistule rectale. L'utérus fut enlevé et il se forma une fistule vaginale. Aujourd'hui la malade est guérie et les fistules sont cicatrisées.

Enfin, la sixième suppuration avait réussi à amener une fistule; elle fut opérée par l'ablation vaginale et est aujourd'hui complètement tarie.

Les autres faits cités par M. Quénu se rapportent à des salpin-

gites non suppurées. Sur 4 malades opérées par la voie vaginale, il y eut une mort par infection et par ouverture de la vessie. M. Quénu pense que, s'il avait opéré cette malade par la laparotomie, elle ne serait peut-être pas morte.

Le 11e cas est particulièrement intéressant ; il s'agit d'une femme ayant eu une seule couche et qui, six mois après, fut atteinte de crises douloureuses avec arrêt de la menstruation.

A son entrée à l'hôpital, la malade présentait une tumeur ressemblant à un kyste de l'ovaire; c'était une salpingite catarrhale. Elle fut opérée par la voie vaginale et est aujourd'hui guérie. Les douleurs ont même disparu.

En résumé, 1 mort, 19 guérisons et un résultat incomplet. M. Quénu fait une hémisection antéro-postérieure de l'utérus et quand il le faut, pratique le morcellement. Ce chirurgien fait des ligatures sur les deux premières pinces placées sur les ligaments larges, il y voit l'avantage d'avoir plus de jour et ensuite de ne pas les tirailler pendant le cours de l'opération. M. Quénu pense aussi qu'il ne faut pas abuser des injections pendant l'opération, il croit cependant qu'on peut arriver à ne pas ouvrir le péritoine. 6 fois il n'a pas touché à la séreuse à cause du diaphragme formé par les adhérences, mais dans le cas où le péritoine serait ouvert, on pourrait s'exposer à une infection par l'injection.

Les indications de l'hystérectomie sont assez difficiles à poser. Dans les suppurations pelviennes avec fistule, l'hystérectomie vaginale est préférable à la laparotomie. Dans les salpingites suppurées, certaines peuvent être indifféremment, suivant le tempérament du chirurgien, opérées par le vagin ou l'abdomen ; mais dans les suppurations enclavées, l'hystérectomie est préférable, car ce n'est, en somme, qu'une large ouverture d'abcès.

Quant aux salpingites catarrhales, avec ovaires scléro-kystiques, elles doivent être traitées par la laparotomie. Cependant, dans la forme spéciale qui fait l'objet de la dernière observation, l'hystérectomie doit être pratiquée, car on va en vain, par l'abdomen, chercher les ovaires qu'on ne peut trouver.

M. Terrier a déjà exposé à cette tribune que l'opération de Péan s'adressait aux salpingites suppurées compliquées ou non de pelvi-péritonites suppurées. Depuis M. Terrier s'est donc adressé aux vieilles suppurations pelviennes absolument impossibles à opérer par la laparotomie. Ces cas sont en somme exceptionnels

et M. Terrier n'a, depuis la dernière discussion, rencontré que deux cas d'indications bien nettes.

Dans la première observation il s'agit d'une femme malade depuis douze à quinze ans avec adhérences et enclavement de l'utérus. M. Terrier fit cette opération et la trouva très difficile, l'hémostase fut délicate et la grande cavité péritonéale fut ouverte. Au bout de quarante-huit heures les accidents septiques se déclarèrent et l'opérée mourut rapidement.

Le 2e cas présentait aussi une suppuration péri-utérine datant de un à deux ans. L'intervention ici fut beaucoup plus facile. La cavité péritonéale ne fut pas ouverte. La malade guérit fort bien.

M. Terrier conclut en disant qu'en somme cette opération est une opération de nécessité et pas une opération de choix.

M. Segond. — Dans les suppurations pelviennes, l'opération de Péan peut être jugée à plusieurs points de vue. D'abord se pose la question de sa bénignité. Elle est aujourd'hui prouvée par le nombre croissant des chirurgiens qui la pratiquent.

Au point de vue des indications, M. Segond ne se prononcera pas, car de l'avis de la plupart, cette opération doit être pratiquée pour des suppurations pelviennes et cependant M. Pozzi, pour la suppression de l'organe, pour la castration vient de l'adopter dans un récent article. M. Segond attend les résultats éloignés de ces opérations pour venir les apporter à cette tribune. Il n'a, pour sa part, pas changé d'avis et dans tous les cas où la bilatéralité des lésions est absolument reconnue, M. Segond préfère l'hystérectomie vaginale à la laparotomie. Qu'on ne pense pas dire qu'il peut y avoir des erreurs de diagnostic, il faut, pour discuter cette question, se placer en face d'une femme à opérer et qui a été examinée maintes et maintes fois.

M. Segond a fait 64 hystérectomies pour inflammations des annexes, il n'a eu que 8 morts et ces 8 morts ont trait à des femmes atteintes de suppurations très graves, compliquées de fistules.

Quant au manuel opératoire, on a considérablement exagéré sa difficulté. Il suffit de voir ce qu'on fait et d'assurer l'hémostase. M. Terrillon a, du reste, fait la remarque que les malades saignent peu et M. Segond a des opérées sur lesquelles il n'a laissé qu'une pince. C'est pendant la première partie de l'opération que le sang coule un peu ; mais il faut aller jusqu'à l'isthme

et là, placer la première pince sur le ligament large; le sang s'arrête alors ; il est donc inutile de faire des ligatures.

Quand l'utérus est abaissable, on peut, si l'on veut, faire la section en avant, en arrière. Mais lorsque les adhérences maintiennent la matrice, qu'il faut aller au fond chercher l'utérus, il est plus facile de suivre la pratique de Péan et de faire des valves antéro-postérieures.

Les complications opératoires existent, en effet, quelquefois ; mais M. Segond n'en a eu cependant qu'une fois sur un total de plus de 60 opérations ; c'était une rétention de pus qui donna lieu à une élévation de température.

M. Richelot trouve qu'on peut affirmer la bénignité de l'hystérectomie. Il a, pour sa part, 81 opérations avec 4 morts (5 0/0) et M. Segond n'a que 8 morts sur 64 opérations.

M. Bazy pense qu'il ne faut pas confondre l'hystérectomie pour suppuration pelvienne avec l'hystérectomie pour cancer ; car les complications ne peuvent pas se comparer.

M. Reynier présente une poche qu'il a enlevée ce matin par la laparotomie. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine (variété tubo-abdominale). (*La France méd.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

SALPINGITE TUBERCULEUSE AVEC CALCIFICATION DE LA PAROI DE LA TROMPE.

M. Delagnière présente les annexes d'une malade de vingt-deux ans entrée dans le service de M. Lucas-Championnière pour des douleurs dans le bas-ventre, etc. Après la laparotomie, on trouva, à droite, la trompe dilatée, rectiligne, développée surtout au niveau de son extrémité abdominale où elle présente un diamètre de 3 centimètres environ. L'ovaire est caché sous le bord inférieur de la trompe, à laquelle il adhère. Du côté gauche, la trompe offre des altérations analogues, mais elle est recourbée et sinueuse. De plus, l'ovaire est fondu avec elle, et dans le dégagement des annexes il a été en partie déchiré. A la coupe on trouve dans les trompes un contenu analogue comme aspect à celui des kystes dermoïdes. Enfin, les parois tubaires présentent par places de la dégénérescence calcaire.

M. Cornil. — J'ai pratiqué l'examen histologique de ces pièces et j'avoue que c'est le premier exemple de calcification de la trompe que j'ai observé ici. La trompe à parois épaisses et calcifiées présentait plusieurs rétrécissements avec dilatations par intervalles. Leurs parois étaient tapissées d'une membrane jaunâtre, couleur chamois. On vient de vous dire que le contenu en était gras, huileux : au microscope, il était aisé de constater des cristaux de cholestérine, des corps gras granuleux, un magma amorphe composé de débris d'éléments. La paroi tubaire, très dure et très épaissie au niveau de son insertion utérine présentait, à la coupe, de petits grains ayant l'apparence de granulations tuberculeuses. Un premier examen rapide, pratiqué avec les produits de grattage, me permit de voir des cellules géantes manifestes. Après fixation et durcissement des tissus, je pus constater dans les parois de la trompe tous les signes d'une inflammation chronique et, près de la surface libre de la muqueuse, des cellules géantes semées de distance en distance. Contrairement à ce qu'on observe ordinairement, il n'y avait pas de granulations tuberculeuses sur la face péritonéale de la trompe ; elles faisaient également défaut dans le tissu conjonctif des ligaments larges qui lui adhérait. Enfin, bien que le début de l'affection remontât vraisemblablement à quatre ou cinq ans, la malade n'était nullement cachectique, d'après les renseignements fournis par M. Lucas-Championnière. (*Bull. Méd.*).

REVUE DE LA PRESSE

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Maternité de Berlin : M. Olshausen.

Autrefois on tenait la grossesse extra-utérine pour une rareté, mais on a reconnu sa fréquence depuis qu'on s'attaque chirurgicalement à elle et qu'on la diagnostique. Depuis 1850, époque où Nélaton décrivit l'hématocèle, on savait que, parfois, cette lésion est le résultat d'une grossesse extra-utérine, mais on considérait ces faits comme rares. Veit fut le premier à montrer que ce n'est pas rare : à son sens la grossesse extra-utérine constitue 28 % des hématocèles. Je pense même que cette proportion est inférieure à la réalité, et

j'en suis venu à la conviction que la majorité des hématocèles sont des grossesses tubaires rompues.

Nos progrès sur cette question ont été grands, en étiologie, en symptomatologie, en diagnostic, en anatomie pathologique ; et de là sont résultés des progrès importants en thérapeutique.

En étiologie, jusqu'à il y a dix ans, on s'en est tenu aux données établies il y a trente ans par la statistique de Hecker : la majeure partie de ces femmes sont des multipares, et la cause anatomique de la gestation anormale est dans les brides et adhérences péritonéales qui coudent et oblitèrent les trompes. Ces données sont restées vraies, mais non pas exclusives, et nous avons reconnu que les salpingites catarrhales et hémorrhagiques jouent également un rôle important, car alors l'épithélium s'altère et le transport des ovules sur les franges du pavillon se trouve de la sorte compromis. Ce n'est pas tout, et il faut invoquer aussi la simple immobilisation de la paroi tubaire, avec suppression des mouvements péristaltiques. C'est ainsi, par une paralysie subite de cette paroi musculaire, que j'explique les faits où l'on reconnaît comme cause à la grossesse extra-utérine une peur violente au moment même du coït fécondant. Cause bizarre sans doute, et difficile à prouver avec netteté. Mais il y a des observations prises, par Freund par exemple, avec une précision qui paraît probante.

La répétition des grossesses ectopiques chez la même femme est un fait bien connu. Je rapporterai à cet égard l'observation personnelle d'une femme que j'ai opérée à terme le 8 novembre 1888, puis du côté opposé le 16 novembre 1889.

Dans les cas de grossesse extra-utérine il n'est pas rare de trouver des myomes utérins concomitants. Je signalerai enfin l'existence possible de petits polypes de la muqueuse tubaire, petits polypes capables d'arrêter l'œuf en chemin. Certes, il y a quinze ans, Ahlfeld a contesté que les pièces de ce genre fussent démonstratives. Mais il est indiscutablement des cas où il a tort, et à une observation de Léopold, j'en puis joindre une personnelle.

Dans ces derniers temps, l'anatomie pathologique de la grossesse extra-utérine a été très modifiée. Autrefois, en effet, on enseignait que, la plupart du temps, l'œuf fécondé tombait directement dans le péritoine et là se développait ; dans d'autres cas, le développement se faisait d'abord dans la trompe, puis, par rupture de celle-ci, la grossesse tubaire devenait secondairement abdominale. Depuis quel-

ques années, au contraire, on s'est de plus en plus rallié à la doctrine de Schrœder, pour qui la grossesse tubaire est la plus fréquente. La grossesse autrefois dite abdominale serait en général due à un ovule arrêté sur une des franges. Il y a même des auteurs récents qui nient complètement la grossesse abdominale primitive : c'est d'ailleurs une exagération et il faut reconnaître que les propriétés physiologiques du péritoine sont parfaitement de nature à rendre possible la greffe d'un ovule fécondé tombé dans cette séreuse. Quant à la grossesse ovarienne, autrefois dite fréquente, c'est à peine si aujourd'hui on en compte quatre ou cinq observations probantes. Jadis, enfin, on admettait que seule la grossesse abdominale pouvait aller à terme, que toute grossesse tubaire se rompait auparavant, en général vers le 2e ou le 3e mois. Cette doctrine est aujourd'hui reconnue erronée et il est prouvé que, soit par hypertrophie des parois de la trompe, soit par rupture en bas, entre les feuillets du ligament large, la grossesse tubaire peut fort bien parvenir à terme.

Le diagnostic peut à l'ordinaire s'étayer sur la suspension des règles, suspension qui a lieu aussitôt établie la grossesse extra-utérine aussi bien qu'intra-utérine. Mais il y a des exceptions, et alors on méconnaît aisément la grossesse tubaire. Une indication importante est, après plusieurs semaines de cessation des règles, l'existence de métrorrhagies coïncidant avec l'élimination de la caduque, élimination sur laquelle, du reste, on ne sait souvent rien de précis. Au bout de plusieurs mois, cet état en impose volontiers pour un avortement incomplet, et il n'est pas rare qu'en pareille occurrence on ait été, à la curette, chercher dans l'utérus les restes du fœtus supposé, et cela au grand détriment de la malade, car une semblable pratique peut fort bien provoquer la rupture de la poche tubaire.

En général, le diagnostic, même précoce, est assez aisé. On constate près de l'utérus, vide et mou, une tumeur reliée par un pédicule à la corne utérine. Quand, en outre, a été éliminée une caduque sans trace d'œuf, le diagnostic est à peu près, sinon tout à fait certain. Mais il ne faudrait pas abuser de cette facilité du diagnostic, et en particulier, je me suis trompé deux fois : une fois, chez une jeune femme mariée depuis trois ans, les perturbations menstruelles n'avaient pas été de nature à me faire croire à une grossesse tubaire, dont la laparotomie me démontra cependant l'existence ; une autre fois, inversement, la suspension des règles m'avait fait penser à la grossesse, et je trouvai une tumeur de l'ovaire. Les erreurs de ce genre

sont inévitables, et le diagnostic n'est certain que quand on sent au palper des parties fœtales, ou quand on perçoit les mouvements de l'enfant, mouvements qui, d'ailleurs, sont perceptibles à l'oreille un mois avant de l'être à la palpation. Dans la seconde moitié de la grossesse, le diagnostic est plus aisé ; souvent il se réduit à se demander si la gestation est normale ou ectopique, ce à quoi nos moyens actuels d'exploration nous permettent toujours de répondre.

La thérapeutique n'est pas encore complètement fixée, mais il est incontestable que, depuis quelques années, elle a fait des progrès notables.

Lorsque le diagnostic est posé dès le premier mois, on est d'accord pour pratiquer la laparotomie. Veit a opéré de la sorte seize grossesses récentes, avec ou sans rupture de la poche. Deux de ses patientes étaient déjà moribondes, et ont succombé, les autres ont guéri.

Dans les cas où il n'y a pas encore d'hémorrhagie abondante, l'opération offre une grande sécurité. Après avoir fait la ligature préalable des artères utérines et ovariennes, la dissection de la trompe gravide est aisée, se fait sans perte de sang. Il faut reconnaître, sans doute, que cette grossesse abandonnée à elle-même peut se bien comporter, se rompre, par exemple, en causant une simple hématocèle dont la femme guérit au prix de quelques mois de souffrance. Mais aussi cette femme est exposée à une rupture mortelle en quelques heures par hémorrhagie, et ce danger est plus grand que celui de la laparotomie.

Si l'on est appelé alors que la rupture est déjà accomplie, la question se pose autrement, et la solution dépend de l'état où se trouve la patiente.

La rupture est-elle récente, sans tendance à l'enkystement du sang ? Si l'hémorrhagie n'est pas foudroyante, on a le temps d'agir, et l'on doit immédiatement faire la laparotomie pour aller lier les vaisseaux qui saignent, ce à quoi on parvient assez aisément. Dans ces conditions, ne pas opérer est véritablement pécher par omission. Si le sang s'est enkysté en une hématocèle, alors au contraire on doit temporiser pendant quelque temps.

Passons maintenant à la grossesse extra-utérine parvenue à la seconde moitié de son évolution. Ici, il y a plusieurs points encore discutés. Je vais donc rapporter, à ce sujet, les huit observations qui me sont personnelles.

Je fus consulté par une femme fébricitante, chez laquelle le diag-

nostic était facile. A sept mois, le fœtus était mort. J'avais diagnostiqué une rupture récente, et je voulais temporiser, car on sait que, dans ces circonstances, si l'on attend encore dix semaines après la mort, la circulation de la poche fœtale s'est considérablement réduite et qu'alors le détachement du placenta se fait sans danger d'hémorrhagie. Je suturai le sac à la paroi abdominale et je commençai à extraire le placenta ; mais l'hémorrhagie fut telle que je dus m'arrêter et faire rapidement le tamponnement. Au onzième jour, le placenta vint sans hémorrhagie. Chez ma deuxième malade, que je vis deux jours après la rupture, je n'opérai qu'après dix semaines de repos au lit, et le placenta fut extrait assez difficilement, mais sans hémorrhagie ; la malade guérit.

Ma troisième observation est celle d'une femme chez qui j'avais posé le diagnostic au quatrième mois, mais qui fit ensuite des voyages et ne revint me voir qu'à peu près à terme. L'enfant fut extrait vivant, mais il mourut en une heure et demie. Le placenta s'élimina au trente-quatrième jour et la poche se cicatrisa sans encombre, quoique l'opérée ait eu, le deuxième jour, une crise éclamptique suivie d'un accès de manie qui dura pendant quatorze jours. J'ai noté chez cette femme un fait intéressant : six semaines avant l'opération, s'était écoulé par le vagin un liquide clair que j'attribue à la rupture de la poche des eaux. En effet, en ouvrant la poche, je n'ai pas trouvé une goutte de liquide, et c'est sans doute pour cela que l'enfant avait subi des compressions qui avaient aplati et déformé le crâne et le rachis.

Dans les cinq autres cas, j'ai extirpé complètement la poche. Une fois le fœtus, à terme, était mort depuis quatre mois ; la malade eut une fistule intestinale qui ne tarda pas à se cicatriser spontanément. Dans un second fait, la grossesse était un peu avant terme ; la laparotomie fut faite dix jours après la rupture et entre les anses intestinales, je trouvai l'enfant vivant ; et aujourd'hui encore, cet enfant est en vie. J'ai opéré cette même femme pour une grossesse tubaire du côté opposé, et elle a encore bien supporté cette seconde intervention. Les trois autres malades n'offrent pas de particularité bien importante ; c'est sur l'une d'elles que j'ai fait l'erreur de diagnostic que j'ai signalée précédemment. Dans ces cinq opérations j'ai enlevé le fœtus et le kyste, mais il m'est arrivé de laisser le placenta, ce qui n'a pas eu d'inconvénient. Ces cinq malades, elles aussi, ont guéri.

Les observations que je viens de résumer en quelques mots me

permettent de prendre parti dans quelques questions actuellement discutées.

Faut-il opérer quand la grossesse est déjà avancée et quand l'enfant est vivant ? Lietzemann le conteste. Werth également, en se fondant sur la gravité de l'acte pour la mère, car de dix-sept opérées, quinze sont mortes. Mes observations et celles d'autres auteurs contredisent à cette assertion. Je pense, comme Werth d'ailleurs, que les fœtus sont presque toujours malformés, non viables même et qu'il ne faut tenir compte ici que de la mère sans s'occuper en rien de la vie de l'enfant. Or, si on attend, la femme est exposée, du jour au lendemain, à la rupture du kyste, avec hémorrhagie mortelle en quelques heures. J'ai vu périr ainsi la femme d'un de nos confrères ; de même une fille qui était entrée dans mon service depuis deux jours et que j'avais désiré examiner plus complètement pendant quelques jours. Ainsi, toute femme qui porte une grossesse extra-utérine avancée est en danger de mort rapide : le danger de la laparotomie est beaucoup moindre.

Dans la plupart des cas on peut extirper la poche, même quand elle est incluse dans le ligament large. Il ne faut donc pas, comme autrefois, s'en tenir de parti pris au drainage de la poche suturée à la paroi. Le seul cas où cette dernière conduite soit en principe la bonne est celui où la poche est suppurée, ce qu'on reconnaît, le fœtus étant mort, aux accidents fébriles.

Quand on suture la poche à la paroi, on doit enlever immédiatement le placenta, mais parfois l'hémorrhagie empêche de mener cette manœuvre à bien. De même, d'ailleurs, quelquefois quand on a pu extirper le sac. On s'est demandé alors si le mieux n'est pas d'abandonner le placenta dans l'abdomen et de suturer la plaie : il est certain qu'il n'en est souvent résulté aucun inconvénient.

Une dernière question se pose enfin : faut-il opérer quand, le fœtus étant mort depuis longtemps, la poche n'est pas suppurée. — Je réponds : oui, sans hésiter, car tant que la calcification n'est pas complète, la suppuration est possible. Breisky l'a vue survenir au bout de six ans et demi, et Küster au bout de vingt-sept ans.

(*Journal de méd. de Paris.*)

A PROPOS DE LA QUESTION DE L'ENDOMÉTRITE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES AIGUES,

Par le Dr W. Massin (1).

A différentes époques, l'attention des observateurs a été attirée sur l'influence exercée par les maladies générales aiguës sur la menstruation, et sur les relations qui existent entre ces affections et les hémorrhagies utérines atypiques. Une thèse de *Bartel* (2) parue en 1881 résume très bien l'état de la question à cette époque et contient tout ce qui a été publié sur ce sujet. Ce travail de Bartel montre que les maladies générales aiguës ne restent pas sans influence sur la matrice, quoique cette influence soit très limitée. Les observations anatomo-pathologiques par lesquelles Bartel se proposait de terminer son travail sont restées inachevées.

Slavyansky a trouvé chez des femmes mortes du choléra des modifications inflammatoires de la muqueuse utérine : infiltration de cellules rondes dans les couches internes de cette muqueuse, desquamation épithéliale de la surface ; en certains points extravasations sanguines dans l'épaisseur de la muqueuse, etc., en un mot ce qu'il appelle l'ensemble des lésions de l'endométrite hémorrhagique.

D'un autre côté, *Queirel*, qui a observé à Marseille un assez grand nombre de femmes enceintes atteintes du choléra, arrive à la conclusion que dans cette affection il n'y a jamais d'endométrite hémorrhagique. A l'encontre de Slavyansky il n'a jamais noté, pendant une fausse couche ou un accouchement, une hémorrhagie ou même une perte de sang un peu abondante chez les femmes atteintes du choléra. Cependant le travail de Queirel manque d'observations anatomo-microscopiques et de cette façon il laisse indécise la question de savoir s'il y avait oui ou non une endométrite chez les malades dont il rapporte l'histoire.

Massin a fait des recherches anatomo-pathologiques sur des utérus de 18 femmes mortes de maladies infectieuses aiguës : 12 de typhus abdominal, 1 de dysenterie, 1 de péritonite générale de cause inconnue.

De l'examen consciencieux des pièces microscopiques il résulte que la muqueuse de la cavité utérine présente, dans le cours des mala-

(1) *Archiv. für Gynaekologie*, XX. Bd., I. Heft, 1891.
(2) *Inaugural-Dissertation.* — Saint-Pétersbourg, 1881.

dies générales infectieuses, des altérations morbides dans toutes ses parties; c'est-à-dire du côté des glandes, des vaisseaux et du tissu propre de la muqueuse. Il existe également des modifications dans la musculaire.

Les vaisseaux sanguins, aussi bien ceux de la muqueuse que de la couche musculaire, sont fortement injectés, et l'injection porte dans la plupart des cas sur les petites veines et les capillaires : les artères sont vides ou ne renferment qu'une petite quantité de globules sanguins.

Dans beaucoup de préparations on observe même une rupture des vaisseaux sanguins et par conséquent une extravasation sanguine dans l'épaisseur de la muqueuse et entre les faisceaux musculaires.

L'épithélium qui tapisse les cavités glandulaires est gonflé et trouble ; il est plus saillant qu'à l'état normal : il présente des angles arrondis et le noyau se colore difficilement. On a pu remarquer que les cellules épithéliales sécrètent plus de mucus qu'à l'état ordinaire. Les glandes sont, dans certaines préparations, considérablement élargies. Les cellules épithéliales se détachent de la membrane propre, tantôt par lambeaux, tantôt isolément, et remplissent en partie la cavité glandulaire ; sans les éléments épithéliaux on peut voir dans certaines préparations de grandes cellules arrondies avec des noyaux excentriques bien colorés; puis de plus petites cellules dont les noyaux sont peu visibles ; enfin des éléments granuleux.

Massin a vérifié, comme *Cornil*, que les glandes pénétraient parfois profondément dans le tissu musculaire et qu'elles s'y ramifiaient notablement.

Quant au tissu conjonctif interglandulaire, il est parsemé de granulations sphériques qui occupent d'une façon diffuse toute l'épaisseur de la muqueuse.

La couche musculaire paraît en général fort peu modifiée. On y a noté aussi pourtant une injection des veines et des capillaires et une infiltration du tissu intermusculaire.

Les observations de Massin confirment donc les recherches de Slavyansky. Il y aurait trois stades dans le développement de ces endométrites dans les maladies infectieuses :

1° Forte congestion utérine — stase veineuse — inflammation vasculaire.

2° Inflammation granuleuse locale (éléments arrondis autour des vaisseaux et des glandes).

3° Extension de cette inflammation.

On doit donc considérer les maladies générales aiguës comme une des nombreuses causes des affections des organes génitaux de la femme.

(*Annales de la Soc. méd.-chir. de Liége.*)

Dr F. Fraipont.

INTERVENTION OPÉRATOIRE DANS LES CAS DE PÉRITONITE PURULENTE,
Par le Dr Price.

(*Medical News*, 9 août 1890.)

M. Price préconise la laparotomie précoce comme le seul moyen de salut dans les cas de péritonite purulente généralisée. L'auteur communique cinq cas où le succès a couronné l'intervention opératoire : Incision des téguments abdominaux, évacuation du foyer purulent, lavage et drainage. Ils s'agissait de cas de péritonite d'origine puerpérale, l'opération ayant eu lieu de 12 jours à 2 ans après l'accouchement ; la péritonite suppurée avait eu pour point de départ une pyosalpingite ou un abcès de l'ovaire ; naturellement on a procédé à l'ablation des annexes.

VARIÉTÉS

L'age propice au mariage. — Si les mères de famille connaissaient le travail que M. Kœrœsi, de Budapest, a lu devant l'Institut international, elles seraient moins pressées de marier leurs filles ; car les filles mariées trop jeunes donnent le jour à des enfants débiles et soumis à une forte mortalité. La mortalité des enfants diminue à mesure que leurs mères deviennent moins jeunes, et elle ne devient normale que si la mère atteint environ vingt-cinq ans. C'est le bon âge pour avoir des enfants bien portants. Les chiffres dont on vient de parler s'appliquent aux catholiques. Les juifs conservent mieux leurs enfants ; mais, pour les juives comme pour les catholiques, il est mauvais de se marier trop tôt. L'âge des pères a aussi une influence sur la mortalité des enfants : les jeunes hommes mariés avant vingt ans ont des enfants débiles, et si les deux époux sont trop jeunes, la mortalité des enfants atteint son maximum. M. Kœrœsi trouve qu'à Budapest la fécondité des familles juives est à peu près pareille à celle des

familles catholiques, ce qui est contraire à ce qu'on a observé dans d'autres pays. M. Kœrœsi a cherché si la mortalité des enfants est en rapport avec la fécondité des familles ; il a trouvé qu'en effet les familles nombreuses perdent proportionnellement plus d'enfants que les familles peu nombreuses. Mais il s'est empressé d'ajouter que cette différence n'était pas très concluante ; et, en effet, en Hongrie comme en France, ce sont les familles les plus pauvres qui ont le plus d'enfants. Puisqu'elles sont pauvres, il n'est pas surprenant qu'elles perdent passablement d'enfants. Cette mortalité vient de la pauvreté, plutôt que de la coexistence d'enfants nombreux.

—

Une femme qui a deux visages. — Un journal mexicain annonce qu'il existe dans le pays une femme qui présente la curieuse bizarrerie d'avoir deux visages : l'un est placé comme tout le monde, l'autre sur la cuisse droite, formé de deux yeux, d'une bouche avec toutes ses dents. En contractant les joues de cette figure supplémentaire les paupières s'ouvrent. En dehors de cette anomalie cette femme est bien conformée. (*Gaz. de Gyn.*)

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Contribution à l'étude du traitement des abcès chauds sans incision,** par le Dr Pierre de Saint-Germain, médecin de la marine. Bordeaux. Imprimerie Cadoret, 1891.

II. **Les progrès de l'hygiène publique dans la République Argentine,** par le Dr Émile R. Coni. Paris, Berthier. 1891.

III. **Sur une arthrite spéciale du pied avec déformation observée chez les vélocipédistes,** par le Dr Ch. Lavielle (de Dax). Paris, Doin. 1891.

IV. **L'Odontotechnie ou l'art de préserver, de guérir, de restaurer et de remplacer les dents,** par le Dr H. James Miller. Paris, 1891.

V. **Notes cliniques et opératoires sur une seconde série de cinquante laparotomies,** par M. le Dr C. Jacobs, agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles. Paris, Gaston Née, 1891. (*Sera analysé.*)

VI. **La dyspepsie des lypémaniaques, ses causes, son traitement,** par le Dr Guimbail. (Extrait des *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*, octobre 1891.) Clermont, Daix. 1891.

VII. **Traitement des abcès urineux,** par le Dr Horteloup, chirurgien de Necker, Paris, Chamerot et Renouard, 1891.

VIII. **Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines,** par R. Lefour, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chi-

rurgien de la Maternité (Extrait des *Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, mai 1891.) Clermont, Daix. 1891.

IX. **Observation d'accouchement spontané déterminé par l'annonce que l'accouchement prématuré serait provoqué le lendemain**, par R. Lefour. Clermont, Daix, 1891.

X. **Deux cents opérations de petite chirurgie de la bouche pratiquées à l'aide de la cocaïne, en injections. Résultats, mode d'emploi, avantage sur le chloroforme. Conclusions**, par le Dr Anthelme Combe. Paris Alcan. 1891.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

Conclusions. — Le chlorhydrate de cocaïne en injections à la dose de 4 centigrammes donne une anesthésie absolue pour toutes les opérations de petite chirurgie de la bouche : kystes périostiques, nécroses alvéolaires, catarrhe du sinus maxillaire, Grenouillette, Epithélioma de la lèvre ; Bouton épithéliomateux de la langue, Tumeurs à myéloplaxes, Extractions de dents, de racines dentaires, etc.

Statistique de 200 cas : 103 hommes et 97 femmes.

A la dose indiquée on n'a pas à redouter les accidents qui ont été relevés contre la cocaïne, à moins d'idiosyncrasie et de susceptibilité particulière.

Une première injection d'un centigramme suffira pour révéler cette intolérance et servira de pierre de touche.

Pour n'amener aucune complication locale, les instruments devront être rigoureusement stérilisés.

Pour éviter toute contagion possible, la même aiguille ne devra servir qu'une fois.

La solution :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme
Eau distillée.....	20 —

devra être très pure et très fraîche.

Ce mode d'anesthésie locale supprime tous les inconvénients du chloroforme : appréhension initiale, nausées, vomissements avant et pendant l'anesthésie, déglutition du sang et des corps étrangers, emploi des écarteurs mécaniques, maintien de la tête étendue horizontalement, etc., etc.

Pour aucune région ces accidents ne sont aussi gênants, aussi sérieux que pour les opérations de la bouche.

Les docteurs en médecine seuls et les officiers de santé doivent être autorisés à pratiquer les injections de cocaïne.

Les accidents graves qui ont été signalés sont tous imputables à des praticiens sans titre, sans diplôme, ignorant souvent même la composition ou le dosage de la solution à injecter, qui leur est vendue sans contrôle chez les fournisseurs, alors que ces mêmes praticiens n'obtiendraient pas 5 grammes de laudanum chez un pharmacien sans une ordonnance.

La vente de la cocaïne devra être réglementée comme celle de la morphine et de tous les poisons dangereux.

Ces dernières conclusions sont absolument conformes à celles qu'a soutenues devant le Parlement notre illustre doyen, M. le professeur Brouardel, commissaire du gouvernement pour la discussion de la Loi sur l'exercice de la médecine.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

213. — Traitement des rétro-déviations de l'utérus, communication du docteur G. Poppi, médecin assistant. (In *Riforma medica*, n° 187, août.) — Grand hôpital de Bologne (section de M. le professeur Ruggi. — En 1887, au Congrès chirurgical de Gênes, M. le professeur Ruggi donnait une relation sur ses premiers essais de redressement endo-abdominal de l'utérus, exécuté avec succès, en octobre 1886, sur une dame atteinte de rétroflexion rebelle à tous les traitements, y compris le procédé d'Alexander.

On ne tint pas alors suffisamment compte de cette communication importante. Il y a pourtant lieu de signaler le travail qui fut fait depuis par M. le docteur Hector Micheli sur le même sujet, et d'après le procédé de Ruggi. Il faut également reconnaître que les travaux italiens, sur ce chapitre de gynécologie, ont été jugés à leur véritable valeur par le docteur Baudouin. (Paris, 1890 : *Hystéropexie abdominale, etc. — Du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins.*)

Alexander et Adams, et, avant eux, Alquié (de Montpellier), en 1840, ont cherché, par le raccourcissement du ligament rond des deux côtés, à obvier aux déviations utérines. Je n'insisterai pas sur cette opération presque classique. Comme les ligaments ronds ne sont pas les seuls facteurs des déviations, on a tenté diverses opérations semblables sur les autres soutiens de la matrice, les ligaments utéro-sacrés, entre autres, et, en 1880, Schultze a essayé de démontrer leur importance dans la pathogénie des rétro-déviations. Vinrent ensuite Kelly et Frommel, qui exécutèrent cette délicate opération avec succès... L'abdomen est ouvert, les anses intestinales écartées, l'utérus est porté en avant de façon à mettre en évidence les ligaments utéro-sacrés, qui sont attirés et fixés par quelques points de suture de soie au péritoine des côtés latéraux du petit bassin ; l'utérus fait, de cette façon, une sorte de culbute qui modifie du tout au tout sa situation vicieuse et la rend normale.

Le procédé de M. le professeur Ruggi, qui compte aujourd'hui 43 succès, consiste à fixer le ligament rond, raccourci par un pli fait

par des sutures, au péritoine pariétal, près de l'orifice interne du canal inguinal. La cavité du bassin est ensuite détergée, par de la gaze stérilisée, du peu de sang qui a pu s'épancher dans l'acte du décollement que l'on a fait des adhérences que le ligament rond a pu contracter avec les parties voisines.

Vylie (de New-York) a exécuté, en même temps que Ruggi, le raccourcissement des ligaments ronds, et par un procédé à peu près semblable, n'en différant que parce qu'il commence l'opération par l'ouverture du péritoine qui recouvre le ligament, afin, d'après lui, de rendre plus facile l'adhésion des parois.

Bode (de Dresde) et Baer (de Philadelphie) ont exécuté avec succès cette délicate opération. Polk et Dudley ont apporté quelques modifications de détail à ce procédé qui reste véritablement classique.

Nous citerons pour mémoire les injections irritantes dans le cul-de-sac de Douglas, de Schultze et de Sænger, dans le but de provoquer une inflammation adhésive.

L'auteur du mémoire que nous analysons a pu suivre, analyser, comparer toutes les autres méthodes proposées pour obtenir le redressement utérin ; il accorde la préférence à la méthode de M. le professeur Ruggi. Les 43 malades opérées par ce chirurgien ont toutes guéri et le fonctionnement utérin a été normal depuis l'opération.

(*Union méd.*)

***

214.— Guérison du prurit vulvaire par l'emploi du courant constant, par le Dr Cholmogoroff. (*Centrabll. für Gynaek.*, 1891, n° 29, p. 612.) — Cholmogoroff a donné des soins à une femme âgée de 36 ans, mariée depuis 12 ans et qui avait eu un enfant une année après son mariage. Depuis l'âge de 13 ans, cette femme avait toujours été bien réglée. Son mari était bien portant. Les rapports sexuels avaient toujours eu lieu d'une façon régulière, et procuraient à la femme la satisfaction désirable. Pas d'onanisme. Pas de glycosurie. Depuis deux années, la femme souffrait d'un prurit vulvaire. D'abord les démangeaisons avaient été supportables, se manifestant à l'approche d'une époque menstruelle. Puis elles étaient devenues continues, d'intensité variable d'un jour à l'autre. La chaleur était sans influence sur le prurit. Par moments, les démangeaisons devenaient tellement fortes que la femme ne pouvait plus résister au

besoin de se gratter. Des remèdes très divers avaient été employés, sans grand résultat. Cependant, les applications de vaseline à la cocaïne et les lotions phéniquées avaient procuré un peu de soulagement

On ne constatait absolument rien d'anormal à l'examen des organes génitaux internes et externes, sauf les traces du grattage. Cholmogoroff proposa un traitement par l'électricité, proposition qui fut acceptée. Une électrode cylindrique, en caoutchouc durci, avec bout en métal, fut introduite dans le vagin, à 4 ou 5 centimètres de profondeur. L'autre électrode, formée d'un disque en métal recouvert de cuir, de 4 centimètres de diamètre, fut appliquée sur la région où siégeait le prurit et mise en communication avec le pôle négatif. Les intensités du courant employé ont varié de 15 à 20 milliampères ; la durée des séances a été de dix minutes. Déjà après la cinquième séance, le prurit était plus faible. On continua le traitement. Après la sixième séance, les démangeaisons avaient cessé. La guérison se maintenait six mois plus tard.

L'auteur a eu soin de rappeler que le prurit vulvaire est une affection souvent très rebelle, tellement rebelle et intolérable qu'on n'a pas reculé devant les moyens radicaux de guérison, tels que l'excision des téguments envahis par le prurit (Schrœder, Küstner). D'autre part, il existe dans la science un certain nombre d'exemples de prurit vulvaire guéri par les applications du courant continu, remède préconisé d'abord par Blackwood (*Polyclinic*, n° 9, 1885). Quelques-uns de ces faits ont été analysés dans ce recueil.

(*Rev. de Thér. gén. et therm.*)

***

215. — Les ulcérations fongueuses du col de l'utérus et de leur guérison par les pansements au tannin et les injections sous-cutanées d'ergotine. — S'il est une affection commune chez les femmes, c'est assurément l'ulcération plus ou moins granuleuse et fongueuse du col utérin. Il ne se passe pas de semaine sans que j'en aie quelque nouveau cas à ma consultation, et lorsque j'avais encore ma clinique de la rue Suger, je puis dire que j'en voyais au moins une cinquantaine par mois. Dès cette époque, qui remonte à près de dix ans, j'avais employé, pour unique mode de pansement, les applications d'une solution concentrée de tannin, au moyen des tampons de coton que je laissais 12 heures en

place. Depuis, j'ai reconnu que les injections hypodermiques d'ergotine, renouvelées deux et trois fois par semaine, contribuaient pour une part très notable à accélérer la guérison. Je rapporterai pour mémoire seulement et d'une façon très brève les symptômes principaux de ces ulcérations et puis je citerai à l'appui trois observations, puisées dans un nombre considérable de faits observés tant à ma clinique que dans ma clientèle privée. Le premier symptôme qui excite l'attention des femmes est sans contredit les flueurs blanches. Les premières semaines, les malades, toujours soucieuses de consulter un médecin et de se laisser examiner au spéculum, supportent cet inconvénient sans trop s'émouvoir et se contentent de prendre conseil de leurs amies, et c'est alors un défilé de remèdes les plus fantaisistes. On voit apparaître la tisane des fleurs d'ortie blanche. Et puis tous les vins toniques imaginables, depuis l'antique vin de Bugeaud jusqu'aux vins plus modernes de Mariani, l'élixir Vital de Quentin, un des meilleurs toniques, etc., etc. Après quelques semaines ou même quelques mois de ce traitement, quand la bourse et les forces commencent à s'épuiser, on se décide à consulter un médecin. Heureux quant le choix qui prévaut ne s'est pas porté sur un de ces honorables spécialistes, mâles ou femelles, dont les noms remplissent la 4e page des grands journaux ou décorent avec tant d'éclat les colonnes à compartiment de nos boulevards et nos chalets de nécessité. Car alors la maladie a toutes les chances de se prolonger en s'aggravant, sous l'action des sachets médicamenteux les plus hétéroclites. Les moins néfastes, quoique aussi inutiles, sont les cornets d'étoffe, remplis de farine de graine de lin. Un vrai cataplasme dans un vagin — *stupete gentes*. Quand enfin, fatiguées de leurs tristes odyssées, ces malheureuses femmes viennent trouver un confrère sérieux, voici dans quel état celui-ci trouve les parties malades : Vagin plus ou moins enflammé par suite de l'écoulement incessant des matières ichoreuses ou purulentes issues du canal cervical ou du pourtour du col et augmentées de la sécrétion en quantité anormale et surabondante de ses propres glandes ; grandes et petites lèvres gonflées, érythémateuses et souvent le siège d'une âcre cuisson ou d'un eczéma prurigineux insupportable. Miction plus ou moins douloureuse. Quant aux fonctions du vagin, il va sans dire ou qu'elles sont suspendues ou que le coït, s'il est possible, devient contagieux pour l'imprudent qui l'a affronté et qu'une blennorrhagie en est la conséquence. Le col utérin a deux fois son volume normal ; il est érodé, dépourvu d'épithélium,

couvert de granulations ou d'ulcérations dans une étendue plus ou moins grande, tantôt c'est seulement à l'entrée du canal cervical, que l'on aperçoit les granulations, tantôt c'est sur une des lèvres antérieure ou postérieure du col qu'on les rencontre. La lèvre postérieure du museau de tanche y est plus exposée, à cause du frottement de ce bord avec la muqueuse de Douglas. Il faut se souvenir, en effet, que chez un grand nombre de femmes la matrice est en antéversion plus ou moins accentuée. Le contraire s'observe chez les femmes dont l'utérus est rétroversé et pour la même raison. Souvent ces ulcérations, d'où émergent des granulations fongueuses, sont le siège d'une démangeaison très vive qui augmente encore au moindre contact étranger. Que des mois, des années se passent sans donner les soins nécessaires à de pareils maux, et vous verrez survenir une dégénérescence de tissus. Ceux-ci deviendront le siège de douleurs lancinantes, les matières de l'écoulement prendront une odeur infecte, *sui generis*, et pour peu qu'il y ait dans la personne une disposition à une hérédité cancéreuse, celle-ci ne manquera pas de s'affirmer. On ne saurait donc trop engager les femmes atteintes d'un écoulement leucorrhéique à se faire soigner, aussitôt que ces flueurs blanches apparaissent, puisque la négligence, en pareil cas, peut entraîner des résultats aussi funestes. Je passe sous silence le cortège des symptômes concomitants, gastralgies, nausées, inappétence, névralgie, migraine, anémie, douleurs lombaires, ovariques, et pré-abdominales. Enfin, cachexie par chloro-anémie. Les choses étant ainsi, voici le traitement que j'ai institué à ma clinique et auquel j'ai toujours eu recours. Je fais tremper, dans une solution concentrée d'acide tannique, un tampon cylindrique de ouate hydrophile. A l'aide du spéculum et de longues pinces, je porte ce tampon sur le col utérin, dont il touche toute la surface ulcéro-granulée. Je l'y maintiens par un autre cylindre de ouate, semblable au premier, mais sèche. Je retire le spéculum, en laissant pendre entre les lèvres les cordons auxquels ces cylindres sont attachés et je recommande aux femmes de ne les retirer que 12 heures après ; à ce moment, injection à grande solution de tannin dans le décubitus horizontal. Le lendemain, nouveau pansement. En même temps, je fais au-dessus du pubis ou sous la peau des parois abdominales une injection sous-cutanée d'ergotine à 0,10, 0,15 ou 0,20 et je la renouvelle tous les jours en même temps que les pansements. J'ai remarqué que les injections hypodermiques d'ergotine accéléraient singulièrement la guérison. En géné-

ral celle-ci est obtenue radicale et sans rechutes au bout de 15, 21 ou 30 jours au plus. Il est facile de se rendre compte de l'action qu'une solution concentrée de tannin en contact avec une plaie granuleuse ou ulcérée peut produire. Par son astringence, elle diminue l'aptitude des tissus malades à sécréter sans cesse une lymphe irritante, qui, elle-même, devient une source de porliférâtion granuleuse pour les parties voisines. Elle leur rend une tonicité qu'ils ont perdue. Elle favorise puissamment la cicatrisation, et l'ergotine, par son action contractive sur le système vaso-moteur, ajoute encore à ces effets, en diminuant la stase du sang dans les vaisseaux utérins et péri-utérins. Quelle que soit d'ailleurs l'explication, le fait est là souverain, probant, éclatant comme la lumière du jour confirmé par des centaines d'observations, recueillies pendant des années. Je ne crains pas de le dire : Aucun traitement n'est supérieur à celui-ci et ne donne des résultats aussi prompts et aussi durables.

Dr Bissieu.

***

216. — Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par les injections de chlorhydrate de quinine. — Plus les jours s'écoulent et plus l'usage des injections sous-cutanées de quinine prend de l'extension. Voici que le Dr Saint-Philippe, de Bordeaux, les préconise dans le *Journal de médecine* de Bordeaux, dans la broncho-pneumonie, où ce médecin distingué reconnaît deux indications au point de vue du traitement : un élément fixe, la bronchite, un élément mobile, la lésion pulmonaire assez grave pour entraver l'hématose et occasionner la mort en quelques heures.

C'est contre la poussée congestive du poumon que le praticien de Bordeaux vante l'emploi de la quinine, mais par la bouche ou en lavement, son emploi est incertain, désagréable, infidèle, tandis qu'en injection sous-cutanée, on agit vite, agréablement, d'une façon relative et sûrement.

La formule indiquée par l'auteur est la suivante :

Chlorhydrate de quinine..... 2 à 4 grammes.
Glycérine et eau..... àà 10 —

Introduire deux seringues de ce mélange à chaud, car le froid la trouble : l'injection est en outre douloureuse, tandis que la quinine

injectable de Roussel est toujours claire, s'injecte à froid et n'occasionne aucune douleur.

Il va sans dire qu'à cette base de traitement, il faut joindre, pour combattre l'élément bronchique, l'ipéca, l'alcoolature de racine d'aconit et les vésicatoires ; s'il y a catarrhe suffocant, les Rigolot, les ventouses, et s'il y a faiblesse, les injections sous-cutanées de caféine.

Dr LAMBERT.

***

217. — Arrêt de la sécrétion lactée par l'antipyrine. — M. Guibert vient de publier un travail sur l'arrêt de la sécrétion lactée consécutive à l'administration de l'antipyrine. Il résulte des observations de cet auteur que l'antipyrine rend de très réels services dans le cas où l'on veut supprimer la sécrétion lactée des nouvelles accouchées, et que cette médication est des plus inoffensives, à la condition que le filtre rénal soit intact et que la malade ne soit pas albuminurique.

Généralement, il suffit d'administrer 2 grammes d'antipyrine par jour, pendant deux jours, pour que le résultat cherché soit obtenu.

Le médicament se donne en cachets de 25 centigrammes. La malade prend un de ces cachets toutes les deux heures, en ayant toutefois le soin de laisser un intervalle un peu plus long entre celui qui précède et celui qui suit les deux repas du jour.

(*Arch. de Tocologie.*)

***

218. — Un cas d'opération césarienne, par le professeur HOWARD KELLY, de Baltimore. —Cette opération césarienne est la quatrième pratiquée par l'auteur ; la première date du 17 avril 1888 et toutes ont été suivies de succès.

Comme pour les trois précédentes, l'indication était bien établie. Il s'agissait d'une rachitique de 35 ans, à torse long, à membres inférieurs courts et incurvés, dont la taille mesurait 1 m. 32 et le diamètre conjugué interne 7 cm. 5. Elle avait eu deux grossesses antérieures terminées, l'une par une crâniotomie et une extraction des plus laborieuses ; l'autre, par l'accouchement d'un enfant mort après un travail si pénible qu'elle avait eu beaucoup de peine à s'en remettre.

Dans le cas particulier, le travail commence le 16 janvier (1891) dans la matinée et l'opération est pratiquée à 4 heures du soir.

Les douleurs, énergiques et rapprochées, n'avaient nullement fait engager la tête restée mobile au-dessus du détroit supérieur.

Toutes les précautions habituelles sont prises et le manuel opératoire ordinaire suivi. Incision abdominale de 0 m. 16 cm. ; incision utérine de 0 m. 20 ; extraction par l'épaule d'un enfant mâle, vigoureux et sans nulle déformation de la tête. Section du cordon entre deux pinces et extraction facile du placenta inséré sur le fond et la paroi postérieure.

L'utérus se contracte bien, et il s'est écoulé seulement de 100 à 120 c. c. de sang ; la paroi mesure alors 0 m. 03 d'épaisseur et l'incision est réduite à 0 m. 13 ; mais, par suite de la torsion normale de l'utérus gravide sur son axe, elle se trouve, au lieu d'être médiane, oblique à gauche et en bas, ce qui est, du reste, sans inconvénient.

Une particularité opératoire sur laquelle l'auteur attire l'attention a trait au mode de suture utérine adopté. Contrairement à sa pratique antérieure, il ne fait pas de points séro-séreux, mais assure l'exacte coaptation au moyen de sept sutures profondes et huit demi-profondes. Les premières sont les sutures habituelles, c'est-à-dire qu'elles traversent le péritoine à 0.01 cm. du bord libre de l'incision, cheminant dans toute l'épaisseur du muscle utérin jusqu'à la limite de la caduque, mais en la respectant, puis, suivant sur l'autre lèvre, un trajet inverse et symétrique. Après que sont serrés ces sept fils, l'affrontement est déjà très satisfaisant ; mais entre chacun des points, qui sont placés à 0 m. 02 de distance, les tissus font une petite saillie elliptique et s'écartent légèrement, comme sur la plaie pariétale dans une laparotomie avant l'application des points superficiels. On passe alors, dans l'intervalle des premiers, huit points demi-profonds ; ceux-ci sont passés à 0.006 mm. de la ligne médiane, ne pénétrant qu'à 0.005 ou 0.006 mm. de profondeur dans le muscle et ressortant symétriquement du côté opposé.

Lorsque ces fils sont serrés, l'affrontement est parfait et l'accollement de la séreuse à elle-même exact sur toute la longueur de l'incision utérine.

Kelly estime que si ce procédé de suture peut, à la rigueur, sembler insuffisant lorsqu'on a lieu de redouter l'infection par la plaie utérine, comme en cas de cancer ou de manœuvres prolongées, avant l'opération ; il donne, par contre, toute sécurité dans les cas

simples et présente le double avantage de la simplicité et de la rapidité d'exécution.

L'opération tout entière, dans le fait particulier, n'a duré que 21'45" et les suites en ont été simples et rapides, la malade ayant pu quitter le lit le 14e jour. (*New-York med. Journ.*, 1891.)

***

219. — Traitement des abcès du sein. (Duplay.) — Que faire en présence d'une infection mammaire ? Au début, la compression, les réfrigérants, très employés en Allemagne, les topiques résolutifs (onguent napolitain) ou calmants (cataplasme antiseptique) seront à essayer : mais je n'ai en eux qu'une très médiocre confiance. Je suis d'avis d'inciser dès qu'il y a de la fluctuation. Vous voyez combien ma manière d'agir est contraire à celle de Gosselin, qui recommandait de n'ouvrir l'abcès qu'à la dernière limite, même de le laisser s'ouvrir seul. Mais on redoutait alors l'érysipèle, les complications si fréquentes des plaies ; aujourd'hui, ce qu'on doit surtout craindre, c'est de laisser, par une trop longue attente, les fusées purulentes traverser et détruire la glande. Des contre-ouvertures seraient alors nécessaires : vous ne les épargnerez pas lorsque, ce qui se voit malheureusement parfois, la malade vient vous trouver à la dernière limite avec des abcès ou des fistules multiples. On a beaucoup insisté sur la direction rayonnée qu'il faudrait toujours donner aux incisions de la région mammaire ; cela n'a pas si grande importance qu'on l'a dit, et la lésion d'un conduit galactophore n'est que d'un intérêt secondaire. Je veux terminer par une considération plus pratique : Ne vous attendez pas à voir de suite, après la guérison de l'abcès, la glande reprendre sa consistance normale ; elle est parfois dure comme du bois, encore pendant des semaines ; il peut même se faire une poussée aiguë, mais c'est rare ; le plus souvent cette mammite chronique évolue lentement vers la guérison. C'est alors que vous retirerez d'une compression méthodique les plus réels avantages.

(*Le Progrès méd.*)

***

220. — Traitement de la constipation par la dilatation du sphincter anal. — Tous les praticiens savent combien il est difficile de guérir la constipation habituelle, surtout chez les femmes. Tous les jours, on voit échouer ou n'agir que temporaire-

ment les moyens les plus rationnels employés pour la combattre. Il en est ainsi avec les lavements, les laxatifs divers, les insufflations d'acide borique dans le rectum, l'hydrothérapie, le massage, l'électricité.

Pour arriver à un résultat certain, M. le docteur B. Beer, de Vienne, a essayé la dilatation du sphincter anal, moyen qui, on le sait, est employé, depuis un certain temps déjà, dans le traitement des hémorrhoïdes. Dans le cas de constipation habituelle, cette dilatation doit se faire d'une façon lente et graduelle, et il faut consacrer huit à dix séances pour l'obtenir.

Le médecin viennois dit avoir obtenu les meilleurs résultats de ce traitement dans un grand nombre de cas de constipation, avec ou sans catarrhe chronique du gros intestin. Après les huit ou dix séances en question, ses malades ont pu avoir des garde-robes faciles et régulières avec diminution et disparition des mucosités des selles. Chez les sujets qui, en même temps que leur constipation, avaient des hémorrhoïdes, elles ont disparu simultanément ou bien se sont considérablement amendées sous l'influence du traitement.

Quant au mode d'action de cette pratique thérapeutique, il est extrêmement probable qu'il consiste en une modification de l'innervation du gros intestin sous l'influence de la dilatation du sphincter, modification qui excite les contractions péristaltiques des muscles lisses de cet organe.

Le procédé de traitement du Dr de Beer nous a paru digne d'être porté à la connaissance de nos lecteurs. Il est du reste facile à essayer et ne nous paraît pas dangereux. S'il réussit réellement, le praticien en l'employant rendra véritablement un grand service ; car, il faut le repéter, le traitement curatif de la constipation habituelle est le plus souvent très difficile, sinon impossible.

***

221. — Suppositoires de glycérine. — (Rutherford Hill.)

Gélatine	30	grammes.
Eau distillée	45	—
Glycérine	165	—

Ajoutez l'eau à la gélatine et laissez reposer pendant deux à trois heures. Fondez alors le mélange au bain-marie et ajoutez la glycérine ; versez le tout dans des moules. Avant d'expédier ces suppo-

sitoires, il est préférable de les rouler dans le carbonate de chaux français.

(*Pharm. Journ. a. transact.*, 28 fév. 1891, p. 769 et 770.)

***

222. — Teinture de belladone dans les premiers stades du travail. — Toutes les fois que, malgré les douleurs persistantes, l'orifice du col ne se dilate pas suffisamment (surtout chez les primipares), M. Asher recommande de donner toutes les heures ou même à des intervalles moins espacés, vingt, trente gouttes de teinture de belladone (jamais moins de vingt gouttes, sous peine d'échec). Dans les nombreux cas où il recourait à ce traitement, les résultats furent toujours excellents : diminution rapide des douleurs, dilatation énergique du col. La belladone est supérieure au chloral.

***

223. — L'indigo comme emménagogue. — A la *Tennessee Stade med. Society*, M. Jones a communiqué les résultats qu'il a obtenus en administrant l'indigo comme emménagogue.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans dont les règles étaient suspendues depuis cinq mois. En vain depuis trois mois on lui avait prescrit tous les médicaments usités en pareil cas, on n'avait obtenu aucun résultat. M. Jones résolut alors d'administrer l'indigo, qu'il fit prendre de la manière suivante :

Poudre d'indigo.....	8 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	2 —

Faire un mélange parfait, dont on devait prendre trois fois par jour une demi-cuillerée à café dans un tiers de verre d'eau.

Ce traitement était suivi rigoureusement depuis environ quatre semaines, lorsqu'un jour la malade fit mander M. Jones en toute hâte. Elle avait été prise tout à coup, sans aucun phénomène pénible, sans douleurs, d'une hémorrhagie abondante. Les choses se passèrent régulièrement et, au bout de cinq jours, la jeune femme était très bien ; depuis elle n'a jamais eu de retards des règles.

Depuis cette époque, M. Jones a employé l'indigo dans treize cas d'aménorrhée ; douze fois le médicament lui a donné d'excellents résultats ; le treizième cas a été un échec, mais il vient encore à l'appui

de la valeur thérapeutique de l'indigo, puisqu'on constata plus tard qu'il s'agissait dans ce cas d'une grossesse méconnue.

Pendant que les malades prennent l'indigo, le col utérin se ramollit et s'entrouvre; on peut y faire pénétrer la première phalange de l'index. Souvent il y a un écoulement abondant de flueurs blanches. L'urine devient d'un brun verdâtre et d'une odeur désagréable. Les selles sont liquides et fétides.

(*Le Bull. méd.*)

***

224. — Injection contre la leucorrhée. — (Henske.)

Chlorate de potasse.....	30	grammes.
Teinture d'opium.....	30	—
Eau de goudron.....	470	—

Faites dissoudre. — Deux ou trois cuillerées à bouche dans un litre d'eau tiède, pour injections matin et soir, dans le cas d'écoulement leucorrhéique.

***

225. — Pommade contre la névralgie lombo-abdominale.

Acide salicylique.....	10	grammes.
Camphre pulvérisé avec l'éther...	6	—
Vaseline.....	45	—

F. s. a. — Avec gros comme une noix de cette pommade, on pratique des onctions douces et prolongées sur la région lombo-sacrée, matin et soir, pour combattre la névralgie liée aux affections utérines chez les rhumatisantes. — Après la friction, on applique sur la région douloureuse un morceau de flanelle recouvert de toile gommée. (*Union méd.*)

***

226. — L'Aristol en gynécologie. — Nous avons plusieurs fois déjà entretenu nos lecteurs des propriétés thérapeutiques de l'aristol. Nous avons dit que ce corps rend des services comme désinfectant des plaies, qu'il présente des propriétés cicatrisantes qu'on a utilisées avec avantage dans certaines affections ulcéreuses de la peau.

L'aristol peut également être utile en gynécologie :

On en fait usage sous la forme de crayons, de suppositoires vaginaux ou de pommade contre l'endométrite, la métrite ulcéreuse et la paramétrite.

1° *Crayons à l'aristol.* — Swicka les formule ainsi :

Aristol.....	10 grammes.
Gomme arabique pulv.....	90 —

Pour dix crayons semblables ; chacun d'eux doit mesurer quatre à cinq centimètres de longueur.

2° *Suppositoires à l'aristol.* — On les dose à raison de cinq à dix centigrammes du principe actif :

Aristol.....	1 gramme.
Beurre de cacao.....	90 —

Pour dix suppositoires.

3° *Pommade à l'aristol.* — Elle a été employée pour enduire les tampons vaginaux :

Aristol.....	4 grammes.
Axonge purifiée.....	4 —
Lanoline.....	32 —

(*Le Bull. méd.*)

***

227. — Succédané du lait pour la nourriture des enfants.

Crème fraîche.....	15 grammes.
Lait.....	60 —
Sucre de lait.....	1 gr. 85
Eau.....	30 grammes.

***

228. — Agalactite. — Tisane de jaborandi ; cataplasmes de feuilles de ricin fraîches.

Alimentation adipogène : surtout lentilles, morue salée, bonne bière, lait, œufs, viandes faites, volailles, sagou, salep, soupe au poisson, panais, navets, avoine, pommes de terre, fenouil, chocolat, galéga, *stout*, etc.

Electrisation des mamelons : leur succion méthodique.
Repos physique et moral.

(*Formul. du Dr E. Monin.*)

***

229. — Mixture contre les vomissements de la grossesse. — (Weiss.)

Menthol	1 gramme.
Alcool	20 grammes.
Sirop simple	30 —

F. s. a. une solution, dont on prescrit une cuillerée à café toutes les heures, contre les vomissements de la grossesse. — En pareil cas, le docteur Huchard fait préparer un mélange de 5 grammes de teinture d'iode et 5 grammes de chloroforme, et il en prescrit cinq gouttes, matin et soir, au moment des repas, dans une petite quantité d'eau.

(*Un. méd.*)

***

230. — Le massage de l'abdomen dans la constipation habituelle. — Le professeur Nothnagel (Vienne), dans une leçon faite tout récemment sur ce sujet, préconise le massage comme un des meilleurs moyens de combattre la constipation chronique. De légères pressions et percussions doivent être pratiquées le long du cœcum et du côlon jusqu'à ce que tout le gros intestin ait été massé. Il y a lieu de commencer au cœcum, quoique cette pratique n'ait pas une importance considérable ; il s'agit bien moins de pousser au dehors le bol fécal que de provoquer par le massage le péristaltisme de l'intestin, et dès lors il est indifférent que l'opération commence d'un côté ou de l'autre. Le massage peut naturellement s'accompagner d'autres manipulations telles que frictions, pétrissages, etc. Chez quelques malades, la constipation cède après 2 ou 3 semaines de traitement. Mais ce n'est en général pas le cas, car c'est une affection qui date souvent de 15 à 20 ans et elle nécessite, par suite une grande persévérance de la part du patient et du médecin. Nothnagel complète souvent les effets du massage par d'autres pratiques telles que la faradisation de l'abdomen, la gymnastique de chambre.

Gopadse (*Wratsch*, n° 47 et 48, 1889) a récemment étudié l'action

du massage de l'abdomen sur les propriétés du suc gastrique dans les catarrhes chroniques de l'estomac.

***

231. — Pommade contre la cystite du col chez la femme.

Lanoline camphrée.....	30 grammes.
Extrait de belladone.....	2 —

M.

Pour enduire un tampon d'ouate que l'on introduit, matin et soir, dans le vagin.

Interdire les épices et surtout la bière. Lavement avec six gouttes de laudanum. Tisanes d'uva ursi, genièvre, bourgeons de sapin, eau de goudron.

(*Journal de méd. de Paris.*)

FORMULAIRE

—

Du massage de l'utérus dans le cas de fibro-myomes intra-pariétaux. (Jules Chéron.)

Les fibro-myomes de l'utérus, lorsqu'ils restent bien nettement interstitiels, ne donnent lieu qu'à des symptômes relativement bénins. Les malades se plaignent d'une gêne, d'une sensation de pesanteur qui est proportionnelle à l'augmentation de volume de la matrice ; elles ont des règles à peine plus abondantes qu'à l'état normal ; les douleurs dans la région lombo-sacrée, les sensations de chaleur et de brûlure dans le ventre s'observent surtout quand le fibrome détermine des poussées congestives dans l'utérus et même dans tout le bassin.

Dans ces conditions, il serait irrationnel de procéder à la myomectomie, puisque l'état des malades ne présente aucun danger immédiat ; il est inutile également de faire des cautérisations intra-utérines, de l'électrolyse, etc., puisque la muqueuse de la cavité utérine n'est pas altérée.

Les intermittences rythmées du courant continu, que j'ai préconisées, en 1879, et que j'ai appliquées depuis lors, dans un très grand nombre de cas, sont tout à fait indiquées dans cette variété de fibromyomes, puisqu'elles offrent l'avantage de donner une action interpolaire décongestive très énergique sans produire d'action locale caustique.

Avec ou sans l'aide des intermittences rythmées du courant continu, le massage de l'utérus myomateux peut remplir l'indication principale : décongestionner rapidement l'utérus et les tumeurs fibreuses qu'il contient dans ses parois et, par cela même, diminuer légèrement le volume des tumeurs, les empêcher de s'accroître, faire cesser les sensations de pesanteur, de brûlure, et supprimer la névralgie lombo-abdominale symptomatique de l'état congestif.

La technique à suivre est des plus simples : deux doigts de la main gauche, placés sur le col, au niveau du cul-de-sac postérieur, immobilisent l'utérus, pendant que la main droite, placée sur l'abdomen, au niveau de la partie supérieure de l'utérus, exerce une série de compressions sur le fond de l'organe, d'abord sous la forme de mouvements circulaires de plus en plus profonds, puis sous la forme d'expressions de plus en plus fortes à mesure que la sensibilité à la pression s'atténue. Chaque séance doit durer de 4 à 5 minutes les premiers jours, puis on augmente progressivement la durée des massages jusqu'à 10 minutes. Une séance tous les jours, sauf pendant l'époque des règles.

Dès la fin de la première semaine, la malade se sent plus légère, il lui semble que son ventre est moins volumineux et moins lourd, la névralgie lombo-abdominale s'atténue, les sensations de brûlure interne disparaissent. A l'examen au spéculum, on constate que le col, autrefois violacé et volumineux, reprend sa coloration rosée normale et diminue de volume. L'amélioration est telle, au bout de 50 à 60 massages, que les malades n'ont plus aucune gêne et que leur tumeur est absolument *tolérée*. Cette amélioration persiste quelquefois pendant 18 mois à 2 ans, d'après ce qu'il m'a été donné d'observer moi-même.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL ET TRAITEMENT MANUEL DU PROLAPSUS UTÉRIN.

Le prolapsus de l'utérus est une infirmité très pénible pour les malheureuses femmes qui en sont atteintes. L'utérus prolabé à la vulve s'ulcère et produit des sécrétions plus ou moins abondantes ; les ligaments utérins sont tiraillés d'une façon continue, ce qui est une nouvelle source de souffrance ; la malade ne peut s'asseoir un peu brusquement sans risquer de froisser le col devenu très sensible par suite des excoriations dont il est le siège. Le moindre effort augmente encore la chute de l'organe et alors le tiraillement des ligaments suspenseurs de la matrice devient tellement douloureux qu'il semble aux malades qu'on leur arrache les entrailles. A toutes ces causes de malaises, il faut ajouter les envies incessantes d'uriner déterminées par la cystocèle qui accompagne le prolapsus utérin ; aussi la vulve et le museau de tanche sont-ils continuellement souillés par l'urine. La vessie se vide plus ou moins incomplètement à chaque miction et on peut observer toutes les altérations des voies urinaires consécutives à une évacuation incomplète de la vessie.

Aussi comprend-on très bien les efforts qui ont été faits par les chirurgiens pour porter remède à une situation si pénible.

Nous trouvons l'état actuel de la question du traitement chirurgical du prolapsus très nettement exposé dans une leçon récente de M. Richelot (1), que nous reproduisons textuellement :

(1) Du prolapsus utérin. *Revue des hôpitaux*, décembre 1891.

« Le traitement opératoire, dit l'auteur, répond à deux indications : soutenir l'utérus par en bas, à l'aide d'opérations plastiques sur le vagin ; l'accrocher par en haut, à l'aide d'opérations sus-pubiennes.

Les procédés de *colpo-périnéorrhaphie* sont nombreux. Le meilleur, à mon avis, est celui d'Hégar. Il consiste à faire une surface d'avivement triangulaire sur la paroi postérieure ; on rapproche ensuite par des fils les deux lèvres de l'incision, et il s'en suit que les parois latérales sont attirées vers la ligne médiane et le vagin notablement rétréci dans une bonne hauteur. J'emploie pour faire l'avivement un *modus faciendi* indiqué par Doléris : je fais une incision tranversale au niveau de la commissure postérieure, puis je prends avec une pince à disséquer la lèvre antérieure de cette incision, et je décolle la muqueuse avec mon doigt de bas en haut. Quand le décollement paraît suffisant en hauteur, je coupe obliquement de chaque côté avec des ciseaux de manière à circonscrire un lambeau triangulaire que j'enlève.

L'avivement ainsi terminé, il reste à faire la suture. Voilà encore un point sur lequel les sous-procédés abondent, quant à la nature des fils et à la manière de les disposer ; mais ils n'ont pas grande importance, et je vous conseille, là encore, de ne pas chercher midi à quatorze heures. Je me borne, quant à moi, à échelonner de haut en bas une série de points séparés en crins de Florence ; il n'est même pas indispensable d'avoir une régularité mathématique, le tout est de rétrécir suffisamment le vagin. Je laisse ordinairement les fils jusque vers le quinzième jour. Le crin de Florence coupe très lentement les tissus ; on peut même oublier quelques fils sans inconvénient. Si l'opération et les pansements sont proprement faits, la réunion est très facile, et je vous déclare que, sur un grand nombre d'opérations, elle ne m'a jamais manqué jusqu'ici.

Mais ce qui peut arriver, c'est une récidive après l'anaplastie le mieux faite. J'en ai vu très peu, et je considère l'anaplastie vaginale comme une méthode très ordinairement suffisante. Mais il y a des femmes prédisposées ; il y en a dont la puissance de relâchement, pour ainsi dire, est indéfinie.

En cas de récidive, ou quand on la craint, on a comme ressource l'*Alexander* ou mieux l'*hystéropexie abdominale*. Seulement, ces deux opérations, même bien réussies, peuvent laisser se reproduire la chute des parois vaginales, l'utérus restant accroché. Il faut donc, l'anaplastie vaginale restant la base du traitement, considérer les opérations sus-pubiennes comme des auxiliaires.

Dans le cas de cystocèle rebelle, on a proposé d'accrocher la vessie elle-même à la paroi abdominale (*cystopexie*) ; je crois qu'il vaut beaucoup mieux, l'utérus ayant été fixé par l'hystéropexie, revenir à la *colporrhaphie antérieure*, si la vessie reste abaissée, et rétrécir une seconde fois la paroi antérieure du vagin.

Enfin, disons un mot de l'*hystérectomie vaginale* appliquée à certains prolapsus. Elle est très facile et très bénigne ; j'y ai eu recours deux fois avec succès. Mais sachez bien que, si elle est fort utile en supprimant le poids de l'utérus, elle n'empêche pas les parois vaginales de retomber. Il faut donc la considérer comme une opération préliminaire, et s'attendre à faire ultérieurement, soit un *cloisonnement vaginal par le procédé de Le Fort*, soit une colporrhaphie. Cela fait, votre malade sera bien guérie, sans possibilité de récidive. »

Ainsi donc, voilà sept interventions chirurgicales destinées à combattre le prolapsus utérin avec les lésions concomitantes. L'opération d'Alexander (ou raccourcissement des ligaments ronds) est de plus en plus abandonnée ; on a constaté bientôt que les récidives étaient fréquentes et rapides... nous n'en parlerons pas davantage, non plus que de la cystopexie dont le succès est, en définitive, assez médiocre. Il nous reste encore cinq opérations qui méritent d'être discutées, car elles sont acceptées par les chirurgiens comme étant de bonnes opérations et elles sont pratiquées chaque jour.

Pour ceux qui font de la gynécologie purement chirurgicale, il y aurait lieu, dans le cas de prolapsus utérin, de suivre la marche suivante :

1° Chez une femme dans la période d'activité sexuelle, il faudrait d'abord faire une colpo-périnéorrhaphie ; — quelque temps

après, l'utérus continuant à descendre et les malaises un instant conjurés réapparaissant d'une façon presque aussi pénible, on aurait recours à l'hystéropexie ; — enfin, la cystocèle n'ayant pas été améliorée ou ne tardant pas à se reproduire, la malade serait ramenée une troisième fois sur la table d'opération pour subir une colporrhaphie antérieure.

2° Chez une femme ayant dépassé la ménopause, on se bornerait à deux interventions : l'hystérectomie vaginale, et, plus tard, le cloisonnement du vagin ou la colporrhaphie.

Il est bon de faire remarquer que l'hystéropexie est une opération dont nous connaissons encore mal les résultats éloignés. Les faits de grossesse consécutive à l'hystéropexie sont peu nombreux ; dans quelques cas, la grossesse n'est pas arrivée à terme et il est légitime de penser que la fixation artificielle de l'utérus a pu jouer un certain rôle dans la production de l'avortement.

Il faut bien savoir également que la colporrhaphie antérieure n'est pas une ressource infaillible contre la cystocèle ; tout le monde a pu voir cette affection si rebelle récidiver au bout d'un temps plus ou moins long après la colporrhaphie la plus habilement pratiquée.

Quoi qu'il en soit, il est facile de se rendre compte que, même en supposant un cas relativement facile, le traitement chirurgical du prolapsus utérin ne laisse pas que d'être assez laborieux pour l'opérateur, pénible, et le plus souvent infructueux pour la malade. Il ne faudrait donc pas renoncer complètement aux autres modes de traitement du prolapsus.

En effet, ce qui domine dans cette affection, ce qui semble être la cause initiale, c'est l'affaiblissement fonctionnel de tout ce qui concourt à maintenir l'utérus, c'est une distension générale du vagin, de l'appareil suspenseur et de l'utérus lui-même, allongé, flasque et augmenté de volume.

Alors, pourquoi ne pas s'occuper d'abord de cet état local d'adynamie ? Pourquoi ne pas s'efforcer de rendre aux tissus leur vitalité diminuée, au lieu de soutenir l'utérus par des plans mobiles qui se distendent presque aussitôt qu'on les a retendus,

au lieu d'accrocher à une paroi, le plus souvent sans fixité, ce même utérus, qui, une fois suspendu, ne demande, dans cette position nouvelle, qu'à s'allonger et à redescendre ?

Les pessaires ont fait leur temps, pour la plupart du moins, quoique les pessaires en bilboquet aient rendu et rendent encore les meilleurs services, dans le cas qui nous occupe. Il y a des circonstances, en effet, où la dégénérescence morbide ou sénile des tissus est telle que ce moyen est le seul à employer, la chirurgie et le traitement manuel restant sans effet.

Mais, dans les cas où cette dégénérescence n'est pas survenue, alors qu'il n'existe qu'une adynamie, qu'une distension des tissus, le remarquable traitement de Thüre Brandt, le massage de l'utérus est le moyen de choix avant de songer à n'importe quelle intervention chirurgicale.

Nos lecteurs connaissent (1) le manuel opératoire de la méthode de Thüre Brandt à laquelle Profanter, Von Preuschen, Fraenkel, Jordain, Stroynowski, Jacobs, etc., ont déjà dû de brillants succès. La possibilité de guérir le prolapsus utérin par le traitement manuel ne peut plus être mise en doute ; la seule question en litige est de savoir quel est le procédé de massage qui vaut le mieux et qui est le plus facile à appliquer. Nous avons obtenu déjà de parfaits résultats, notamment à ma clinique, un succès très remarquable, dans un cas très ancien, avec issue du col hors de la vulve, hypertrophie sus-vaginale de l'utérus prolabé, cystocèle énorme ; il s'agissait d'une femme âgée, vaquant elle-même aux soins de son ménage, habitant loin de la clinique et ayant à subir pendant une heure après chaque séance de massage, les cahots d'un omnibus. Le massage ne fut fait que d'une façon irrégulière et ne fut pas complété par la gymnastique. Malgré ces conditions très défavorables, la guérison fut obtenue en un temps relativement court. Se maintiendra-t-elle ? C'est ce que l'avenir nous apprendra, mais nous avons tout lieu de l'espérer, l'utérus étant resté en position tout à fait normale pendant deux mois et ayant diminué de volume, au moins de moitié depuis le commencement du traitement.

(1) Voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, nov. 1890.

La question de la thérapeutique du prolapsus utérin a fait un grand progrès, depuis Thüre Brant. Il est d'autant plus rationnel de s'engager dans la voie ouverte par ce savant observateur que la chirurgie vient bien difficilement à bout de cette triste infirmité.

JULES CHÉRON.

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE

qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus (1),

par le Dr J. BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

(*Suite*) (1).

—

B. TRAITEMENT DES FORMES ANCIENNES ET GRAVES PAR LE CURETTAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE.

L'accord est fait aujourd'hui entre les gynécologistes sur le point jadis si discuté du traitement des endométrites hémorrhagiques anciennes par le curettage de la cavité utérine.

Le bâtonnage de l'utérus avec le crayon de chlorure de zinc qui s'était présenté, sous le patronage de M. Polaillon (2) et plus tard de M. Dumontpallier (3) comme une méthode rivale du curettage, a dû être bientôt abandonné. C'est en effet un procédé aveugle, douloureux, infidèle, pouvant amener des accidents sérieux. J'ai moi-même (4) rapporté un exemple d'atrésie utérine grave (observée dans la clientèle de mon maître, M. le Dr Chéron), consécutive à l'emploi de cette méthode. M. Walton (5) a rapporté plusieurs observations analogues et enfin, à

(1) Voir *Revue méd. chir. des maladies des femmes*, juin, juillet, août, septembre 1891.

(2) POLAILLON. *Annales de gynécologie*, juillet 1882.

(3) DUMONTPALLIER. Traitement local de l'endométrite. *Acad. de méd.*, juin 1889.

(4) BATUAUD. Le crayon de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites ; parallèle avec le curettage de la cavité utérine. *Revue des mal. des femmes*, fév. 1890. Quelques observations d'atrésies utérines à la suite de l'emploi des crayons de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites. *Rev. des mal. des femmes*, septembre 1890.

(5) WALTON. Des dangers des fortes cautérisations intra-utérines. (*Communicat. à la Société belge de gynécologie*). Bruxelles, 1889.

la Société de chirurgie (1), MM. Routier, Pozzi, Segond, Reynier ont montré par des exemples nouveaux les dangers de cette thérapeutique si séduisante par sa simplicité.

Le curettage reste donc la méthode de choix dans le traitement des endométrites hémorrhagiques. Il était naturel d'appliquer cette même opération à la cure de l'endométrite qui accompagne les tumeurs fibreuses, mais ici les avis sont partagés et il a été formulé un certain nombre d'objections que je dois d'abord reproduire et discuter.

Première objections : Gravité du curettage dans le cas de myome utérin.

Une seule objection grave a été faite au curettage pratiqué dans le cas de fibrome hémorrhagique ; cette objection a été formulée, dans les termes suivants, par Schrœder : « Ce procédé, dit-il, (2), est en effet très efficace ; malheureusement il n'est pas sans danger. Par suite des troubles apportés ainsi dans la nutrition de la tumeur, le myome se gangrène rapidement et donne du pus aussitôt que des principes infectieux parviennent dans l'utérus. Qu'on ne se hâte donc point de faire d'emblée le râclage de l'utérus lorsque l'hémorrhagie est abondante ; qu'on réserve cette opération au seul cas où la cessation de la perte de sang même accompagnée de danger de mort, est indiquée à tout prix ».

La même appréciation se retrouve dans la dernière édition, dite édition d'Hoffmeier (3). Je tiens cependant de mon ami, le Dr Matos (de Madrid) (4), que pendant les dernières années de sa vie, Schrœder pratiquait souvent le curettage dans les fibromes hémorrhagiques, surtout lorsque les malades étaient presque arrivées à l'âge de la ménopause, et le Dr Matos a eu l'occasion de voir, à Berlin, en 1889, deux malades opérées ainsi

(1) Routier, Pozzi, Segond, Reynier. *Soc. de chir. de Paris*, séance du 8 octobre 1890.

(2) Schrœder. *Maladies des organes génitaux de la femme*. Trad. de Lauwers et Hertoghe, Bruxelles, 1886, p. 281.

(3) Schrœder. *Maladies des organes génitaux de la femme*, 2e éd. franç. Bruxelles 1890, p. 283. (Cette édition est traduite sur la dernière édition allemande, dite, en Allemagne, édition d'Hoffmeier et qui est de 1889).

(4) Llorente Matos, Communication orale.

deux ans auparavant par Schrœder et toutes deux en bonne santé depuis le curettage.

Quoi qu'il en soit, il faut tout d'abord remarquer que la gangrène et la suppuration de la tumeur à la suite de l'abrasion de la muqueuse n'est possible que pour les myomes sous-muqueux saillants dans la cavité utérine ou pour les myomes interstitiels séparés de la cavité par une épaisseur très minime de paroi utérine. Et encore, dans ce cas, pour qu'il y ait des accidents, faut-il que le curettage ait mis à nu une portion plus ou moins étendue du myome et que des germes infectieux aient pénétré ensuite dans la cavité utérine. Eût-on dénudé une partie d'un myome, on n'observera pas d'accidents si on maintient une asepsie complète des voies génitales jusqu'à ce que la muqueuse nouvelle se soit reconstituée.

L'objection n'a du reste aucune portée pour la grande majorité des myomes interstitiels et pour tous les myomes sous-séreux. Quant aux fibromes fortement saillants dans la cavité utérine, il faudrait se tenir prêt à en faire l'énucléation ou pratiquer l'hystérectomie s'il survenait une complication.

Enfin, l'expérience du curettage vient prouver que les craintes de Schrœder étaient très exagérées. On peut dire, en restant certainement au-dessous de la vérité, qu'il a été fait jusqu'à ce jour plusieurs centaines de curettages dans des cas de fibromes hémorrhagiques, or, sauf Schrœder, aucun auteur n'a publié, à ma connaissance du moins, d'accidents sérieux à la suite de cette intervention. Nous avons donc le droit de conclure que l'emploi de la curette n'est pas dangereux à la condition que l'opérateur prenne les précautions suffisantes.

On devait s'attendre à voir renouveler contre le curettage appliqué au traitement des fibromes hémorrhagiques toutes les objections qui ont été formulées jusqu'à ces derniers temps contre le curettage dans le cas de métrite hémorrhagique. Cela n'a pas manqué. Ces objections ont été formulées par un élève de M. Doléris, M. Angel Villa (1).

(1) Angel Villa. Thérap. compar. des fibromes utérins, *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynécol.*, déc. 1887 et janv. 1888.

Deuxième objection. — Les hémorrhagies ne sont pas sous la dépendance directe de l'endométrite, mais bien sous la dépendance de la tumeur elle-même.

La réponse à cette objection a déjà été faite dans le chapitre précédent ; la pathogénie que j'ai exposée est conforme à celle qui est acceptée par tous les auteurs depuis la connaissance de l'endométrite comme complication des myomes utérins, il n'y a donc pas lieu d'y revenir en ce moment.

Troisième objection. — Difficulté d'un curettage complet.

« Racler exactement, dit M. Angel Villa (1), une surface irrégulière, déformée, accidentée comme l'est parfois la surface interne de l'utérus, bossuée par un ou plusieurs fibromes qui font saillie dans sa cavité, n'est pas toujours chose aisée ». On avait dit également que, dans l'endométrite sans fibrome, la curette ne pouvait pénétrer dans tous les recoins de la cavité utérine et laissait forcément en place une partie de la muqueuse : « Je ne dis pas d'une manière absolue, prétendait Aran (2), que dans certains cas la curette n'a pas ramené de véritables végétations ; mais ce que je maintiens, c'est que c'est là un hasard heureux, rien de plus, et qu'on ne peut élever au rang d'une opération régulière, une espèce de tir à la cible, les yeux fermés ». Ce qu'il est vrai de dire, c'est que le curettage complet, dans certains cas de fibromes hémorrhagiques, est plus difficile, plus laborieux que dans l'endométrite simple, mais il faut se hâter d'ajouter qu'avec un peu plus de patience, en changeant au besoin, dans le cours de l'opération, les formes et les courbures des curettes dont on fait usage, on peut, dans un grand nombre de cas tout au moins, faire une abrasion suffisante.

Le fait suivant, qui a la valeur d'une véritable expérience sur le cadavre, prouve bien qu'il ne faut pas trop exagérer la difficulté de l'opération.

Un jour, dans son service de la Maison municipale de santé,

(1) Angel Villa. *Loc. cit.*

(2) Aran. *Leçons sur les maladies des femmes de l'utérus*, Paris 1858, vol. I, p. 472.

M. Segond voulut bien, à la demande de l'un de ses auditeurs, pratiquer le curettage dans un cas d'utérus myomateux ; il existait plusieurs petits fibromes sous-muqueux très fortement saillants dans la cavité utérine, il y avait en outre plusieurs fibromes interstitiels et un fibrome sous-séreux. Il semblait donc qu'on fût dans les plus mauvaises conditions pour faire une abrasion complète. M. Segond ayant cru nécessaire de ne pas se contenter du curettage, en raison des phénomènes de compression qui existaient, enleva l'utérus par la voie vaginale et voulut bien me permettre d'examiner attentivement la pièce anatomo-pathologique. Bien que l'habile opérateur n'eût pas cherché à faire un curettage très complet et bien que la cavité fût très déformée, on ne voyait aucun point de la surface interne de l'utérus qui eût échappé à l'action de la curette.

Nous pouvons donc dire que le curettage complet est possible au moins dans le plus grand nombre des cas.

Quatrième objection : Fréquence des salpingites dans le cas de tumeurs fibreuses.

Il faut bien avouer que nous ne savons pas exactement la fréquence des salpingites dans les fibromes hémorrhagiques ; la salpingite existe certainement parmi les complications de l'endométrite concomitante des tumeurs fibreuses ; il ne saurait en être autrement puisque l'endométrite dont nous parlons doit être, au moins dans bien des cas, une endométrite infectieuse comme les autres endométrites sans fibromes, et que toute endométrite infectieuse peut donner naissance tôt ou tard à une salpingite. Mais ce qu'on ne sait pas encore c'est la fréquence relative des diverses variétés de salpingite enkystée ou non enkystée, catarrhale ou purulente, etc., chez les malades atteintes de tumeurs fibreuses. Si nous nous en tenons aux faits rapportés par M. Angel Villa (1), nous voyons qu'il s'agit de salpingites ayant conservé une communication très large avec la cavité utérine. On se trouve alors dans les meilleures conditions pour la cure indirecte de la salpingite par le curettage et cette opération est tout aussi légi-

(1) Angel Villa. *Loc. cit.*, janv. 1888, p. 2.

time que la cystotomie pratiquée par mon maître, M. le professeur Guyon (1) dans le but d'améliorer les pyélo-néphrites.

Je me hâte de reconnaître que la question du curettage dans l'endométrite compliquée de salpingite n'est pas encore nettement fixée, néanmoins, l'expérience faite, dans tous les pays, depuis quelques années permet, il me semble, les conclusions suivantes :

Beaucoup de salpingites ne présentent pas une gravité aussi grande qu'on ne le craignait lorsqu'on commença à bien connaître la fréquence des inflammations des annexes, et le temps est déjà passé où, suivant l'expression d'Emmet (2), « l'ablation des annexes était pratiquée d'un cœur léger par des gens compétents et incompétents ».

Quelle que soit la variété de salpingite à laquelle on a affaire, on peut dire maintenant, avec M. Bouilly (3) qu'un curettage aseptique n'aggrave jamais les lésions des annexes.

Après Walton (4), Poullet (5) qui ont les premiers réagi contre les craintes exagérées qu'on avait jadis d'intervenir sur l'utérus en cas de complication péri-utérine, et qui ont essayé de mettre en relief l'utilité du curettage contre les lésions des annexes, nous voyons, Doléris (6), Trélat (7) accepter avec plus ou moins de réserve la possibilité de guérir les salpingites par la thérapeutique intra-utérine, et un peu plus tard, M. Pozzi (8) vient à son

(1) Guyon. *Loc. cit.*

(2) Emmet. *Congrès de Baltimore*, sept. 1886. *Centralb f. Gyn.* 1887, n° 23.

(3) Bouilly, *Société de chirurgie*, 19 février 1890.

(4) Walton. *Acad. royale de Belgique*, 30 juil. et 30 déc. 1887, 28 janv. 1888. — *Drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien*, Gand, 1888.

(5) Poullet. *Lyon médical*, févr. mars 1888.

(6) Doléris. Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation permanente et le drainage utérin. (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 21 déc. 1888.

(7) Trélat. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 26 déc. 1888 et 5 mars 1890. — Voir aussi Hélène Finkelstein, *De l'influence du curage de l'utérus dans les complications des endométrites*, Th. de Paris, 1889.

(8) Pozzi. *Loc. cit.*, p. 634. — Voir aussi Al. Rizkallah, *Etude critique du traitement des salpingites*, etc. Th. de Paris, 1889.

tour affirmer qu' « on peut conserver l'espoir de guérir la salpingite en même temps que l'endométrite, pourvu que les lésions n'aient pas eu le temps de s'invétérer ». M. Péan (1) déclara enfin que les salpingites purulentes elles-mêmes, pourvu qu'elles ne soient pas enkystées, peuvent guérir par la dilatation simple de la cavité utérine.

En un mot, on ne craint plus d'intervenir du côté de l'utérus lorsqu'il y a une lésion des annexes et cette dernière est dans un certain nombre de cas améliorée par la thérapeutique intra-utérine. La fréquence plus ou moins grande des salpingites dans le cas de fibromes hémorrhagiques ne peut donc plus être considérée comme une contre-indication absolue du curettage, et c'est la seule conclusion qui nous importe en ce moment, puisque nous discutons uniquement le traitement des hémorrhagies par le curettage, chez les malades atteintes de fibro-myome utérin.

Cinquième objection. — La récidive de l'endométrite est fatale après le curettage.

Enfin, on n'a pas manqué de dire que la récidive de l'endométrite compliquant les tumeurs fibreuses est chose certaine, l'endométrite reconnaissant pour cause, dans le cas actuel, les troubles circulatoires déterminés du côté de la muqueuse par la présence du fibrome. Les partisans de la gynécologie médicale disaient de même, il y a quelques années, que l'endométrite hémorrhagique ne pouvait guérir par le curettage, parce que la métrite concomitante était la lésion principale et parce que cette métrite devait ramener des troubles congestifs dans la muqueuse nouvelle qui ne tarderait pas à s'enflammer à son tour.

Il s'agit d'un fait d'expérience que je discuterai plus utilement après avoir rapporté les observations que j'ai pu réunir ; la réponse à cette objection se trouvera par conséquent dans le chapitre suivant.

Ainsi donc les objections qui ont été faites au curettage pratiqué dans le but de mettre un terme aux hémorrhagies soi-disant

(1) Péan. Traitement des suppurations d'origine utérine qui ont pour siège l'utérus et ses annexes. *Acad. de méd.* 8 juillet 1890.

symptomatiques des tumeurs fibreuses de l'utérus ne sont pas suffisantes pour faire rejeter d'emblée ce mode de traitement ; le nombre des gynécologistes qui sont convaincus de son efficacité au moins temporaire augmente du reste chaque jour. Voici les opinions que j'ai pu noter dans mes recherches bibliographiques sur cette question.

En Amérique, Gaillard Thomas, Grandin, Wylie, Harrisson, Janvrin, Coë, Baër, ont émis les propositions suivantes, toutes favorables au curettage.

« Il arrive quelquefois, dit Gaillard Thomas (1), en 1879, que par suite de l'hyperhémie dont elle est l'objet, la muqueuse utérine devient le siège de petites tumeurs fongueuses qui provoquent et entretiennent l'hémorrhagie. On emploiera dans ces cas la curette avec avantage. En admettant même que le diagnostic de fongosités ait été erroné, l'application de la curette aura toujours été utile en resserrant les vaisseaux de la muqueuse et en diminuant la congestion ». Il faut se rappeler qu'au moment où Gaillard Thomas écrivait ces lignes l'endométrite était très mal connue et qu'on attribuait aux fongosités décrites par Récamier une importance très exagérée.

Wylie, Harrisson, Janvrin (2), en 1886, à propos d'une communication du Dr Lee sur un cas de castration pour hémorrhagies en rapport avec un fibrome utérin, déclarent que le curettage fait cesser temporairement les hémorragies de ce genre.

Grandin (3), en 1888, à propos d'une communication analogue de H. Sims, demande si, en raison de l'âge de la malade, 38 ans, il n'aurait pas mieux valu curer simplement l'utérus, et Sims répond qu'il n'est pas un adversaire du curettage dans ces cas, mais qu'il préfère l'opération radicale lorsque les malades l'acceptent.

Coë (de New-York) (4) publie, en 1888, un mémoire important

(1) Gaillard Thomas. Loc. cit., p. 460.

(2) Société obstétricale de New-York, 4 mai 1886.

(3) Grandin. Société obstétricale de New-York, 6 novembre 1888.

(4) Coë. The use of the Curette for the relief of hemorrhage due to uterine fibroïds. *The med. Record,* 28 janvier 1888. (Ce travail a été lu devant l'Acad. de méd. de New-York, le 23 nov. 1887).

sur la question : « Dans certains cas, dit-il, l'hémorrhagie peut être notablement enrayée pour une très longue période de temps, par le moyen d'un raclage complet de l'endométrium hypertrophié, et, à condition de le répéter aussi souvent qu'il est nécessaire, on devient maître des hémorrhagies. En réalité le raclage n'est qu'un traitement palliatif, mais il permet aux malades d'attendre et de traverser l'âge critique qui amène parfois la guérison, tandis que les opérations radicales ne sont que trop souvent fatales. Le curettage dans ces conditions doit être tenu pour une intervention si peu dangereuse, et souvent si efficace, qu'on est parfaitement autorisé à en faire un essai complet avant de songer à l'oophorectomie, la myomotomie, l'amputation supra-vaginale. L'emploi de la curette n'exige pas une habileté spéciale. C'est une manœuvre qui est à la portée de tout praticien et dont l'exécution est beaucoup plus rationnelle que la conduite qui consiste à laisser les malades s'épuiser par le fait d'hémorrhagies répétées, que les médicaments et les autres moyens palliatifs sont impuissants à suspendre ».

Baër (1), en 1889, déclare également que les hémorrhagies sont le fait non de la tumeur elle-même mais de l'endométrite concomitante, et que le curettage de la cavité utérine est la meilleure indication à remplir dans ces cas. Il publie une observation à l'appui de cette manière de voir.

En Angleterre, Edis (2) se montre convaincu de l'utilité de l'abrasion de la muqueuse utérine contre les hémorrhagies des malades atteintes de myomes.

Dans une importante communication à la Société gynécologique de Londres, il dit à propos des tumeurs fibreuses : « Une malade peut porter pendant des années un fibrome intra-pariétal de l'utérus sans souffrir nécessairement de perte excessive. Mais, si, ce qui arrive souvent, l'endométrium devient le siège d'une dé-

(1) Baer. The treatment of bleeding fibroïd tumours of the Uterus *Médical News*, avril 1887, p. 365.

(2) Ebis. On the diagnosis and treatment of metrorrhagia. *British Gynecological journal*, 1890, p. 335.

générescence villeuse, la métrorrhagie devient souvent le symptôme prédominant. Lorsque l'hystérectomie ne semble pas judicieuse ou lorsque la malade refuse toute idée d'opération, le curettage de la cavité utérine ou l'application de quelque caustique énergique, peut efficacement prévenir le retour de l'hémorrhagie profuse et rendre ainsi le plus grand service en supprimant le symptôme pour lequel on était consulté ». On trouvera plus loin une observation du gynécologiste anglais.

En Allemagne, nous avons à citer, en dehors de Schrœder dont nous avons déjà vu l'opinion, et en dehors de Wyder, Winkel, Runge et Martin.

Dans un travail de 1876, Winckel (1), après avoir passé en revue les traitements médicaux des tumeurs fibreuses, ajoute : « Mais quand tous ces moyens ont échoué, l'utérus doit être sondé ou éventuellement dilaté afin de voir si un adénome existe sur la muqueuse, et, dans ce cas, il faut l'enlever. Dans tous les cas, il est bon de curetter l'utérus, et, après avoir nettoyé la cavité avec du coton absorbant fixé sur une sonde, on arrête l'hémorrhagie, si elle existe, à l'aide du perchlorure de fer ».

Wyder (2) ne s'est pas contenté d'étudier histologiquement l'état de la muqueuse utérine dans le cas de myome. Dans les conclusions du travail analysé dans un des chapitres précédents, il indique que le curettage, toutes les fois qu'il sera possible, devra être préféré à la myomotomie en raison de son innocuité et en raison de ce fait qu'il s'adresse directement à la cause des hémorrhagies ; d'après lui, la myomotomie ne doit être pratiquée que si le curettage est impossible.

Runge (3), effrayé de la mortalité considérable de la myomotomie, se montre partisan très convaincu du curettage suivi d'injections iodées. Il a obtenu d'excellents résultats chez 40 malades. (Voir plus loin quelques-unes de ses observations). « Dans la plupart des cas, dit-il en terminant, on obtiendra la diminution

(1) Winckel. *Loc. cit.*
(2) Wyder. *Loc. cit.*
(3) Runge. *Loc. cit.*

de l'hémorrhagie pour un temps plus ou moins long. Si des pertes plus abondantes reviennent, rien n'enpêchera de renouveler le traitement que j'ai décrit et qui ne cause aucun ennui à la plupart des malades. Je crois pouvoir affirmer que ce traitement, suivi avec les précautions nécessaires, ne met pas en danger la vie des malades et les résultats obtenus inspirent, en tout cas, tant de confiance que ce traitement mérite la plus large vulgarisation. Pour moi personnellement, je ne pratiquerai probablement plus jamais une myomotomie, dans le cas d'hémorrhagie seulement avant d'avoir expérimenté l'efficacité du curettage ».

Martin (de Berlin) (1) dit, à propos des moyens d'arrêter les hémorrhagies dans les cas de tumeur fibreuse : « Un autre procédé d'hémostase consiste dans l'abrasion de la muqueuse à l'aide des cuillers mousse ou tranchante, procédé qui donne parfois des résultats momentanés et qui peut rendre de grands services en cas d'hémorrhagie immédiatement menaçante. »

En Belgique, Walton (2), dans un important mémoire que j'ai déjà eu l'occasion de citer plusieurs fois, donne les conclusions suivantes. (Voir plus loin les observations du savantg ynécologiste de Bruxelles).

« La dilatation et le curettage sont des opérations si inoffensives et souvent si utiles que tout médecin consciencieux doit la tenter avant de proposer des opérations aussi redoutables que l'oophorectomie, la myomotomie, ou l'amputation supra-vaginale. En répétant cette opération (dilatation et curettage) fréquemment ou selon les besoins, on peut obtenir la disparition clinique de la tumeur, soit en produisant une ménopause artificielle, soit en arrêtant ou en diminuant l'hémorrhagie pendant une longue période et en permettant ainsi à la malade de vivre jusqu'à la ménopause naturelle ».

M. Lauwers (de Courtray) (3) s'étant montré peu enthousiaste

(1) Martin. *Traité clinique des maladies des femmes.* Trad. franç. Paris, 1889, p. 330.

(2) Walton. Contrib. à l'ét. du trait. des fibromes, *loc. cit.*

(3) Lauwers. *Pathologie et traitement des myomes de l'utérus*, Bruxelles, 1890, p. 22.

du curettage dans son travail sur le traitement des myomes utérins, bien qu'il en eût obtenu un très beau résultat dans un cas rebelle à l'ergotine, j'ai écrit à ce savant gynécologiste qui a bien voulu me donner l'observation qu'on lira plus loin et me dire que ses échecs se bornaient à deux cas dans lesquels il n'avait fait qu'un curettage sans cautérisations consécutives.

En Suisse, M. Vulliet (1), s'exprime ainsi qu'il suit à propos du traitement symptomatique des hémorrhagies : « Raclage. — Si, ayant passé le doigt dans l'utérus, je trouve sa muqueuse épaissie ou inégale, je l'enlève avec la curette et badigeonne avec la teinture d'iode. On obtient ainsi un arrêt qui durera jusqu'à ce que la nouvelle muqueuse devienne malade à son tour. Cet arrêt peut être très long. »

En Italie, le Prof. Mangiagalli (de Milan) (2), a obtenu un succès dans un cas qu'il a bien voulu nous communiquer et qui est reproduit plus loin.

En Espagne, le Dr Cospédal Tomé (3), considère le curettage comme indiqué « quand le chirurgien, ayant porté le diagnostic de tumeur fibreuse, se voit obligé de renoncer, après incision du col, à l'énucléation de la masse fibreuse sous-muqueuse. — Voir une observation inédite du Dr Guttierres (de Madrid), au chapitre suivant.

En France, MM. Sécheyron (de Toulouse), J. Chéron, Pichevin, Pozzi, Lecomte et Cuellar ont seuls, à ma connaissance parlé du curettage dans le cas de tumeur fibreuse, en dehors de MM. Doléris et Angel Villa, dont j'ai déjà résumé les appréciations.

M. Sécheyron (de Toulouse) (4), après avoir cité les conclusions de Wyder au sujet du curettage, ajoute simplement : « Les conclusions de Wyder sont très acceptables ».

(1) Vulliet et Lutaud. *Leçons de Gynécologie opératoire*, 2e édit. Paris, 1890, p. 196.

(2) Mangiagalli. Communication inédite.

(3) Cospédal Tomé. Des indications du curage en gynécologie. *Congrès de gynécologie espagnole* de 1888 (cité par M. Walton).

(4) Sécheyron. *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie*. Paris, 1889, p. 111.

Mon maître, le Dr Chéron (1), a employé dans les cas de fibrome hémorrhagique, le curettage seul ou associé à l'ignipuncture du col, dans 18 cas rebelles à l'électricité ; il a, dans tous les cas, constaté la relation entre les hémorrhagies et l'endométrite, et dans tous également une seule opération a suffi jusqu'à ce jour, à faire disparaître les pertes sanguines. — Voir plus loin les observations inédites communiquées par M. le Dr Chéron, plusieurs de ces observations sont anciennes (2) et ont par suite un grand intérêt.

D'après M. Pichevin (3), « le curage utérin a le pouvoir de mettre fin aux pertes utérines, du moins dans la très grande majorité des cas. L'arrêt des hémorrhagies n'est pas définitif, mais la suppression des pertes de sang peut être de longue durée, et il suffit de 2 ou 3 curettages pour permettre à la malade d'arriver à un âge où le fibrome ne cause plus aucun accident ».

M. Pozzi (4), parlant des petites opérations hémostatiques employées dans le cas de tumeurs fibreuses, dit, au sujet du curettage : « Ce moyen a été souvent employé sans doute par suite d'une erreur de diagnostic, et alors qu'on croyait à une métrite hémorrhagique. Les recherches récentes sur l'état de la muqueuse dans le cas de fibromes montrent toutefois qu'il a quelque chose de rationnel. Il peut réussir quand la cavité utérine n'est pas trop déformée et lorsque, par suite, la curette peut agir efficacement ».

M. Lecomte (5), dans sa thèse, dit quelques mots du curettage

(1) J. Chéron. Association du curettage de la cavité utérine et de l'ignipuncture profonde du col dans le traitement des fibromes hémorrhagiques, *Revue des maladies des femmes*, mai 1890, p. 527.

(2) Au point de vue de l'historique du curettage en France, je me permettrai de signaler une leçon très intéressante de mon maître, intitulée : *Hémorrhagies en rapport avec des fongosités ; traitement par le curage de la cavité utérine* (*Rev. des mal. des femmes*, 15 janv. 1881 *et Gaz. des Hôp.*), dans laquelle est décrit le curettage d'exploration couramment employé dès cette époque par M. Chéron (J. B.).

(3) Pichevin. Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibro-myomes. *Gaz. des Hôp.*, 18 janv. 1890.

(4) Pozzi. *Traité de Gyn.* Paris, 1890, p. 271.

(5) Lecomte. *Recherches bibl. et clin. sur le trait. pall. des corps fibreux.* Th. de Paris, 1890.

dans les fibromes hémorrhagiques et se montre favorable à ce mode de traitement ; il ne donne d'ailleurs aucune observation se rapportant à mon sujet.

Enfin, dans une thèse récente, M. Cuellar (1) a publié quelques observations inédites que je reproduis plus loin, et qui lui permettent de conclure que « le curettage donne de bons résultats dans le cas de fibromes, lorsque l'hémorrhagie est le symptôme dominant. Les gros fibromes gênant par leur volume ou produisant des accidents graves de compression ne sont pas justiciables de ce traitement, car alors l'hémorrhagie est reléguée au second plan et c'est justement contre ce symptôme que le curettage est dirigé, ainsi que nous venons de le voir ».

J'ai moi-même résumé dans la thèse de M. Pigache (2), une observation personnelle que je rapporte à la fin de ce travail.

(*A suivre*).

SUITES TARDIVES

de la cautérisation intra-utérine à la pâte de Canquoin,

Par le Dr Cittadini (de Bruxelles (3).

—

Il y a 2 mois se présentait à la clinique du Dr Jacobs la nommée L.... âgée de 28 ans. Cette femme avait subi à Paris pour « Endométrite hémorrhagique », le 31 décembre 1890, 8 mois auparavant, la cautérisation au chlorure de zinc chez Dumontpallier. Elle nous apportait en témoignage de son traitement sa feuille d'hôpital dont la lecture nous servira d'anamnèse.

Voici textuellement ce que porte cette carte :

(1) Cuellar. *Du curettage de l'utérus dans les affections intra-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus*. Th. de Paris, 1881.

(2) Pigache. *Loc. cit.*

(3) Communication faite à la Société Belge de gynécologie.

« M. L., 27 ans: Réglée à 17 ans, toujours bien réglée, un peu « en avance. — 1 enfant à 21 ans. Malade depuis 3 ans.

« 31 décembre : Hystérométrie = 8. Bâton de chlorure de zinc « petit. — N'a pas souffert du tout, pas de piqûre, a uriné seule.

« 7 janvier : Lavage. — Iodoforme. = Débris d'eschare.

« 11 janvier : Cathétérisme facile. Iodoforme.

« 13 janvier : Cathétérisme difficile : Nitrate d'argent.

« 16 janvier : Cathétérisme très facile. Iodoforme. Va très bien. « Sort.

« 25 janvier : N'a pas eu ses règles depuis le 15 décembre. Va « bien. Cathétérisme facile.

« 30 janvier : N'a pas eu ses règles. Cathétérisme *délicat*.

« 6 février : On ne pénètre pas au delà de l'isthme.

« 8 février : Réglée.

« 20 février : Cathétérisme impossible. On ne pénètre que jusque « 4 centimètres.

« 5 mars : Réglée.

« 15 mars : Cathétérisme impossible. Col ulcéré.

« 26 avril : Réglée le 4 avril, perd en blanc.

« 1 mai : Cathét. impossible. — Réglée.

« 8 mai : Cathét. impossible. — Tampon belladonné.

« 20 mai : Réglée.

« 31 mai : On ne peut pénétrer que de 4 cent. 1/2.

Le fait saillant de cette observation est l'établissement progressif dès le premier mois qui suivit l'intervention, d'une sténose de la cavité utérine probablement au niveau de l'isthme. Lorsque cette femme vint nous voir, elle compléta les renseignements que porte cette feuille de clinique, au sujet de son état antérieur : 5 ans auparavant elle avait souffert d'une péritonite qui l'alita 4 mois à l'hôpital Saint-Jean et 6 mois chez elle.

Les symptômes qui nous l'amenaient étaient une leucorrhée purulente abondante, des douleurs dans le bas-ventre, continues, à exacerbations, sans localisation précise, des douleurs lombaires. La menstruation était régulière, peu abondante, sans vives douleurs; la défécation pénible, la miction normale.

L'examen que nous pratiquâmes alors nous montra :

Un col hypertrophié, sclérosé, à lèvres éversées ;

Un corps utérin enclavé, en position normale.

Dans le cul-de-sac droit, tumeur de la grosseur d'un œuf, séparée de l'utérus par un sillon antéro-postérieur ; la tumeur est fluctuante très douloureuse. Dans le Douglas et dans le cul-de-sac gauche, empâtement diffus, douloureux, sans tumeur localisée.

Nous tentâmes le cathétérisme, il fut impossible ; on le renouvela à plusieurs reprises ; les bougies les plus minces et les plus souples butaient au niveau de l'orifice interne. La persistance du flux menstruel indiquait que la cavité utérine n'était pas complètement oblitérée, mais nous ne pûmes trouver le canal probablement filiforme et tortueux qui lui livrait passage.

Notre diagnostic était donc : Salpingite kystique droite et périmétrite compliquant une endométrite purulente avec sténose utérine.

La situation réclamait une intervention immédiate : la présence d'une tumeur des annexes et de reliquats d'inflammation péri-utérine rendait dangereuse et illusoire la dilatation.

L'ablation des annexes malades, la libération des adhérences s'imposait.

Elle fut pratiquée, il y a 2 mois, par M. le Dr Jacobs.

L'opération fut simple ; on trouva à droite un kyste de la grosseur d'un œuf, développé non pas dans la trompe comme nous l'avions cru, mais immédiatement en dessous d'elle, inclus dans le ligament large, indépendant du canal tubaire, formé sans doute dans la branche horizontale du corps de Rosenmüller (kyste parovarien). Le contenu de cette poche était séro-purulent. La trompe sus-jacente était épaissie et infiltrée, mais sans enkystement. Le canal tubaire, dilaté régulièrement, était tapissé de muco-pus, le pavillon oblitéré. L'ovaire était en dégénérescence scléro-kystique.

La particularité la plus intéressante de l'opération fut la constatation d'absence complète de trompe et d'ovaire du côté gauche. On sentait là un tapis de membranes et d'adhérences étalant et

épaississant un ligament large rudimentaire, et remplissant aussi le Douglas; mais aucune trace d'appareil tubo-ovarien (1).

Les suites opératoires furent normales. Actuellement les symptômes subjectifs se sont améliorés, la menstruation n'est pas revenue.

Ce cas est à joindre aux nombreuses observations publiées de sténose et d'atrésie consécutives au bâtonnage.

Quant aux lésions des annexes droites, si elles existaient avant l'intervention de Dumontpallier, le cas était moins que tout autre justiciable de la cautérisation qui entraîne, comme on sait, une congestion intense de tout le système utéro-ovarien, ne permet qu'une antisepsie relative et exige en tout cas des manœuvres prolongées.

Si, ce qui est plus probable, sans que les lésions fussent aussi étendues que le jour où nous vîmes la malade, il persistait chez elle de la périmétrite, reste de la péritonite que cette femme signale dans ses antécédents, on peut se demander si la cautérisation et la sténose consécutive n'ont pas étendu les lésions au point de nécessiter, 8 mois après, la laparotomie.

Je sais bien que ce serait forcer la logique que d'attribuer à la sténose utérine la formation du kyste parovarien. Il n'y a pas là de rapport mécanique comme la dilatation du pyo-salpinx par rétention dans des cas analogues.

Quoi qu'il en soit, ce qui est certain c'est la production d'une sténose consécutive à la cautérisation par Dumontpallier.

Il n'est pas téméraire d'affirmer que cette sténose aurait finalement abouti à l'atrésie; et qu'amenant la rétention des sécrétions normales ou pathologiques en amont, elle aurait transformé en salpingite kystique, le catarrhe purulent de la trompe, et exposé la femme à des accidents graves et multiples.

(1) Cette anomalie n'est pas absolument rare. Elle a été signalée par Lawson Tait (Traité clinique des maladies des femmes, trad. Bétrix, 1891, p. 388), et constatée par divers observateurs.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 *novembre* 1891.

DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR L'OPÉRATION DE PÉAN.

M. Peyrot, depuis la communication de M. Segond, n'a rencontré que deux malades chez lesquelles cette opération lui a semblé indiquée. La première, âgée de vingt-huit ans, présentait depuis sept ans divers troubles des organes génitaux, consécutifs à un accouchement. Dans ces derniers temps, ces troubles s'étaient aggravés et s'étaient bientôt accompagnés de signes de suppuration. M. Peyrot pratiqua, non sans difficultés, l'hystérectomie vaginale, et, l'utérus enlevé, ouvrit plusieurs poches purulentes. Dix jours après, il y eut une légère hémorrhagie, mais la malade paraissait en bonne voie de guérison quand, deux mois après, les douleurs reparurent et l'examen permit de constater une induration diffuse au-dessus de la cicatrice vaginale. Actuellement l'état de cette malade laisse fort à désirer.

La seconde malade, âgée de trente ans, présentait des accidents remontant à trois années; des abcès s'étaient ouverts dans le vagin et dans le rectum et avaient laissé des trajets fistuleux. M. Richelot avait pratiqué, chez cette malade, une laparotomie et avait dû refermer le ventre sans pousser plus loin son intervention. M. Peyrot fit l'ablation de l'utérus qui fut facile, ouvrit plusieurs poches, laissa les trompes et les ovaires. La malade sortit de l'hôpital très améliorée; mais un mois après elle y rentra avec des douleurs, des noyaux indurés au-dessus de la cicatrice et un empâtement bien caractérisé dans la fosse iliaque droite.

M. Peyrot ne veut pas juger une méthode opératoire sur ces deux faits, mais il a cru devoir les rapporter pour montrer la persistance fréquente d'indurations inflammatoires à la suite de

cette opération, dont il se déclare d'ailleurs, peu partisan, la laparotomie lui paraissant préférable.

En effet, sur 23 laparotomies qu'il a faites cette année, dans son service, il n'a eu à déplorer aucune mort et cependant, dans les deux tiers de ces cas, il s'agissait de pyo-salpinx avec lésions plus ou moins étendues.

M. Reynier ne croit pas que l'opération de Péan soit aussi souvent indiquée qu'on l'a dit. Pour son compte, il n'y a eu recours que dans les cas où la laparotomie lui paraissait trop dangereuse; dans les cas, par exemple, où il s'agissait de lésions pelviennes anciennes, avec adhérences multiples et étendues ou avec trajets fistuleux. Or, ces cas sont exceptionnels. M. Reynier a ainsi opéré deux malades atteintes de collections purulentes anciennes. La première, chez laquelle l'opération a été relativement facile, a bien guéri. Il n'en a pas été de même de la seconde. Dans ce cas, l'opération a présenté de grandes difficultés; l'utérus n'a pu être abaissé; une pince ayant dérapé, il y eut une abondante hémorrhagie. La malade succomba, et à l'autopsie on trouva un épanchement de sang considérable dans le péritoine, une trompe avait été ouverte; l'autre contenait un kyste suppuré intact. M. Reynier croit que, dans ce cas, la laparotomie eût été plus facile et eût donné un excellent résultat.

M. Reynier a pratiqué 72 laparotomies pour lésions des annexes et il n'a eu que 2 décès. Aussi croit-il que la laparotomie doit rester l'opération de choix et que l'hystérectomie vaginale doit être réservée pour les cas où la première opération est impossible ou trop dangereuse. Il ajoute que, par la voie vaginale, on s'expose à blesser la vessie ou les uretères.

M. Quénu préconise la suture médiane antéro-postérieure de l'utérus, non seulement dans les cas où celui-ci est abaissable, mais aussi dans ceux où il est fixé. Cette section rend les manœuvres plus aisées et permet d'arriver plus facilement au fond de la matrice.

Quant aux hémorrhagies qui peuvent se produire au cours de cette opération, il faut, à ce point de vue, établir une distinction entre les diverses variétés de salpingites. Il en est, en effet, qui n'ont pas de tendance à saigner, ce sont celles qui sont anciennes et dont les parois sont très épaissies. A côté de cette variété il est

une autre variété de salpingites suppurées ou de péri-salpingites qui saignent très facilement.

Le pincement ou la déchirure des uretères n'est pas à craindre dans ces cas, puisqu'on doit se tenir toujours sur le tissu utérin lui-même. Il n'en est plus de même dans les cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, puisque dans ces cas on doit, au contraire, se tenir toujours aussi loin que possible de l'organe affecté. D'ailleurs, l'uretère est à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de l'utérus, ainsi que M. Reynier a pu s'en assurer sur le cadavre. Il est donc encore assez loin de l'utérus pour qu'on puisse facilement l'éviter.

M. Segond confirme ce que vient de dire M. Quénu au sujet des salpingites qui saignent et, à ce point de vue, il fait observer qu'il y a une différence marquée suivant que l'utérus est facilement abaissable ou non.

Quant aux accidents consécutifs à l'hystérectomie, douleurs et indurations, dont a parlé M. Peyrot, sur 65 opérées, M. Segond n'a eu qu'une fois à noter ces indurations douloureuses, chez une femme à laquelle on avait antérieurement enlevé les ovaires; il ajoute, d'ailleurs, qu'au bout de six mois, il y avait une notable amélioration et que, dernièrement, cette malade était à peu près guérie. Avec le temps, ces plaques indurées disparaissent et elles ne deviennent jamais phlegmoneuses.

M. Segond répond d'autant plus brièvement à M. Reynier qu'il y a entre eux un désaccord absolu. Il préconise cette opération, non pas pour faire du nouveau, mais parce qu'il la croit préférable et qu'il y trouve peu de contre-indications. On prétend qu'elle est d'une exécution difficile et que l'on peut pincer l'uretère; il n'y a qu'à savoir tourner les difficultés et à bien raser l'utérus; alors il n'y a plus de danger de saisir l'uretère.

C'est une opération incomplète, on le sait, et il n'y a pas à discuter le fait; quant aux hémorrhagies possibles, jamais M. Segond n'en a eu de sérieuses et il ne croit pas qu'elles soient bien à craindre.

M. Bouilly fait observer que, dans cette discussion, les chirurgiens se partagent en deux camps, les uns, comme MM. Segond et Richelot, appliquent, de parti pris, l'hystérectomie vaginale au traitement des inflammations des annexes; les autres n'y recourent que lorsque la laparotomie est impuissante à obvier aux ac-

cidents. C'est dans le camp de ces derniers que continue de se ranger M. Bouilly, restant, comme par le passé, partisan de la laparotomie dans la majorité des cas.

Ainsi qu'il l'a déjà dit, les indications de l'hystérectomie lui paraissaient être les suivantes : 1° annexité ancienne, compliquée de poussées de pelvi-péritonite à répétition, avec adhérences nombreuses et brides ; confusion des organes entre eux et avec les organes voisins ; impossibilité de rien reconnaître au palper et au toucher que des indurations disséminées et des épaississements solides ; production de fistules purulentes dans le rectum et la vessie ou à la peau ; 2° suppuration aiguë ou chronique libre dans la cavité péritonéale du bassin, ayant ou non pour point de départ les annexes de l'utérus, mais ne formant plus ces poches isolées ou reconnaissables comme une trompe ou un ovaire suppurés.

Ce sont là, suivant M. Bouilly, les seuls cas justiciables de l'hystérectomie, et ils sont tout à fait exceptionnels. Lors de la communication de M. Segond, il n'en avait rencontré qu'un exemple et, depuis cette époque, il n'a trouvé que deux faits semblables. Il ajoute que, trangressant sa règle de conduite, il les a traités par la laparotomie qui a été favorable à l'une des malades, et de nul effet chez l'autre, qui devra subir l'hystérectomie.

En établissant une statistique des laparotomies qu'il a pratiquées pour affections des annexes, M. Bouilly la divise ainsi : dans une première série, jusqu'en février 1891, il compte 33 opérations avec 4 décès, et depuis cette époque, 42 opérations semblables avec 5 décès, ce qui donne 75 interventions, dont 66 guérisons et 9 décès, c'est-à-dire une mortalité comparable avec celle de M. Segond. M. Bouilly s'est déjà expliqué sur les 4 premières morts ; les 5 de la seconde série sont toutes survenues dans des cas très graves ; pour deux d'entre elles, il y a eu rupture des poches purulentes dans le péritoine et septicémie, et pour deux autres, déchirures intestinales et infections consécutives. Peut-être, dans le premier cas, l'hystérectomie eût-elle été plus heureuse que la laparotomie ; mais, dans le second cas, il est douteux qu'il en eût été de même. Quant au cinquième décès, il est survenu chez une femme atteinte d'aortite suppurée, avec adhérences intestinales.

En résumé, il ressort des faits publiés qu'on peut, par les deux

voies, obtenir des résultats sensiblement pareils, ainsi que le prouvent les chiffres suivants :

Statistique de M. Segond : 64 hystérectomies; 8 décès.

Statistique de M. Bouilly : 75 laparotomies ; 9 décès.

M. Bouilly en conclut donc que l'hystérectomie ne paraît pas avoir une supériorité incontestable sur la laparotomie, et, vu les difficultés qu'elle présente, il reste partisan de la laparotomie dans la plupart des cas.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Séance du 18 *Novembre* 1891.

HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER.

M. Terrier rappelle l'opinion de Trélat sur cette opération, qui disait, qu'avant de juger la question, il fallait avoir plus de documents. A cette époque, M. Terrier avait 17 opérations de ce genre, et il en ajoute aujourd'hui 17 autres, total 34 opérés. Ces deux séries sont du reste comparables au point de vue des résultats immédiats et des résultats éloignés. Dans les deux, il se trouve une erreur de diagnostic, une métrite glanduleuse et hypertrophique prise pour un cancer. Les deux séries ont donné, la première 4 morts et la seconde 3 morts immédiates et 1 mort au bout de treize jours. Ces chiffres prouvent que cette opération ne peut pas être dite bénigne. Elle est sérieuse au contraire. Des 17 premiers malades ayant survécu à l'opération, 11 sont morts au bout de trois, huit, onze, vingt mois, quatre ans et huit mois. Des 2 opérées vivantes, 1 a une survie de six ans et quatre mois.

Des malades de la seconde série, 5 sont vivantes et ont été revues survivantes au bout de huit mois, dix mois, douze mois, trois ans et un mois, trois ans et trois mois.

Donc 26 opérations suivies de succès opératoires ; sur ces 26 opérations il y en a 6 d'incomplètes. Dans les 20 autres on compte encore un tiers de femmes vivantes.

En résumé, M. Terrier estime que l'hystérectomie vaginale totale est suivie de récidive, dans la proportion de 66 0/0 ; mais cette récidive est tardive puisqu'on compte des malades vivant

six ans et demi après l'opération. Cette hystérectomie vaginale n'est pas tombée en discrédit comme l'a dit M. Richelot, si on en croit les 120 mémoires écrits dans ces dernières années sur ce sujet.

M. Routier a opéré 21 cas de cancer de la matrice, dont 17 cas de cancer du col sur lesquels 5 ont été traités par l'hystérectomie vaginale totale. Huit fois M. Routier a fait l'amputation du col, opération qui n'a pas réussi sur des femmes dont la lésion était trop avancée ; il n'en a pas été de même dans les cas où le début du cancer était plus rapproché ; ici la mort a été un peu retardée.

Sur les 5 hystérectomies vaginales, M. Routier n'a pas obtenu six mois de survie dans un seul cas, et cependant ce chirurgien avait choisi des malades tout à fait au début de l'affection.

Dans les cancers du corps, l'évolution est plus lente et M. Routier a eu de meilleurs résultats. Il a une malade qui vit encore et qui a été opérée il y a quatre ans et quelques mois.

M. Routier n'a pas eu de morts opératoires sur 9 interventions, il ne trouve pas que cette opération soit grave.

(*La France méd.*)

Séance du 25 novembre 1891.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN.

M. Segond a fait 33 hystérectomies vaginales pour cancer, dont 25 pour cancer du col et 8 pour cancer du corps. Il a eu 26 guérisons opératoires et 7 morts après l'opération soit par péritonite, par septicémie, hémorrhagie ou obstruction intestinale. Des 26 opérées qui ont guéri de l'opération, 8 l'ont été récemment ; sur les 18 autres, 4 sont mortes au bout d'un an, mais après avoir éprouvé un notable soulagement. Trois ont eu une récidive dans les trois mois, après avoir été améliorées. Pour 8 autres, les résultats sont inconnus. Il en reste 3, opérées depuis trois ans, deux ans et un an et demi qui ne présentent jusqu'ici aucune récidive.

M. Schwartz compte 3 hystérectomies vaginales pour cancer ; dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une femme de quarante-six ans, atteinte d'un cancer limité au col, avec utérus abaissable

et ligaments larges intacts. La récidive est survenue six mois après l'opération. Dans un second cas, c'est une femme de cinquante-cinq ans opérée dans les mêmes conditions, seulement depuis quelques mois, actuellement encore sans récidive. Enfin, la troisième malade, opérée il y a trois mois, était âgée de vingt-neuf ans ; M. Schwartz a enlevé chez elle l'utérus et une partie du vagin. Elle est encore sans récidive, mais elle porte une fistule vésico-vaginale, la vessie ayant été ouverte.

M. Schwartz, à côté de ces faits, en signale trois autres dans lesquels il a pratiqué des ablations partielles de l'utérus ou une amputation simple du col, suivie de cautérisation au thermocautère. Deux de ces malades ont une survie de dix et douze mois. La troisième, opérée en 1885, n'a pas encore de récidive.

M. Verneuil rappelle l'observation d'une malade qu'il a communiquée à la Société et qu'il a opérée, en 1869, d'un épithélioma du col par la chaîne de l'écraseur, le diagnostic ayant été confirmé par l'examen microscopique. Il a revu cette malade il y a quelques mois, et il a constaté qu'elle n'avait encore aucune trace de récidive. Il cite un cas analogue dans lequel la malade, opérée depuis huit ans, est encore sans récidive. M. Verneuil persiste donc à croire qu'on obtient généralement une survie plus longue avec les amputations partielles qu'avec l'amputation totale de l'utérus. (*Gaz. des Hôpitaux.*)

Séance du 2 décembre 1891.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE CANCER UTÉRIN.

M. Bouilly possède désormais sur cette question des notions assez précises, étant donné le nombre d'opérations qu'il a pratiquées. Dès maintenant deux notions se dégagent des faits qu'il a observés : le cancer de l'utérus est l'un des plus malins de l'économie ; sa récidive est pour ainsi dire fatale, fait qui d'ailleurs était facile à prévoir. L'hystérectomie, dans ces cas, reste une opération difficile, grave et souvent dangereuse. Depuis la dernière discussion sur ce sujet, en 1888, il a fait 21 opérations avec 9 morts ; 5 en 1889 (3 morts), 11 en 1890 (5 morts), 5 en 1891 (1 mort). La

mortalité opératoire est donc considérable. Les décès de 1889 sont attribuables l'un au choc opératoire chez une malade épuisée, les deux autres à la septicémie ; ceux de 1890, l'un à l'ouverture de la vessie, l'autre à une hémorrhagie, le troisième à l'anémie, le quatrième au choc, le cinquième à la septicémie. Un certain nombre d'opérées ont bénéficié, d'une façon incontestable, de l'intervention. Il a trois malades guéries, sans récidive, depuis 4 ans 3 mois, 3 ans 9 mois, 3 ans 8 mois ; 2 malades guéries, sans récidive, depuis 17 et 15 mois. Chez une femme de 31 ans, opérée pour un cancer qui aurait marché vite, la récidive n'est survenue que 4 ans et 4 mois après l'opération ; la survie a été notable ; une autre est restée 2 ans et 6 mois sans récidive. Les morts après récidive se décomposent ainsi : 1 mort après 2 ans 3 mois, 1 après 2 ans 6 mois, 2 après 2 ans. En somme, depuis qu'il opère par l'hystérectomie vaginale totale les cancers utérins, M. Bouilly a eu, sur 50 cas, 16 morts opératoires. 30 malades, sur 34 survivantes, ont été revues. 6 sont restées guéries pendant plus d'une année (15 mois à 4 ans 4 mois) ; il y a eu plusieurs survies prolongées ; enfin, 18 malades ont été prises de récidive dans l'espace de 2 mois à 1 an et la mort est survenue au bout d'un an et demi en moyenne. On le voit, les résultats obtenus pour ce cancer sont les mêmes que pour ceux du rectum, de la langue et même du sein. Il faut donc continuer à opérer. Dans 15 cas d'interventions partielles, il a vu 15 fois des récidives rapides. Dans deux cas, où il s'agissait de cancer très limité, la récidive est survenue très rapidement. Aujourd'hui il conclut, de toutes ses observations, qu'il faut s'abstenir de toute intervention quand on voit qu'on ne pourra pas tout enlever et faire l'hystérectomie vaginale totale dans les cas de cancer limité. On a de notables chances de guérison.

M. Richelot. — L'expérience que M. Verneuil demandait en 1888 est faite désormais, à son avis : or, elle a montré la supériorité de l'hystérectomie totale sur l'amputation partielle. L'hystérectomie vaginale, dans les cas de cancer vraiment opérables, est une opération très bénigne, quoi qu'on en ait dit ; elle est facile quand l'utérus est abaissable, ce qui est le cas ordinaire. Et alors même qu'il est immobile, adhérent par suite de propagations cancéreuses aux organes voisins ou de lésions inflammatoires, il est encore aisé de l'enlever par morcellement. Quelle est, d'ail-

leurs, l'opération qui ne donne pas une mortalité comparable à celle de l'hystérectomie vaginale ? M. Verneuil, dans la dernière séance, a cité un cas de guérison du cancer utérin remontant à 22 ans. M. Richelot est intimement convaincu qu'il y a eu erreur de diagnostic dans ce fait, quoiqu'il soit incapable de le prouver ; il s'agissait vraisemblablement d'un gros col atteint de métrite. Il faut rejeter encore l'hystérectomie partielle, parce que très souvent, comme on l'a dit, il y a dans le cancer du col des noyaux cancéreux dans le corps. Une statistique, publiée récemment à Lyon, montre que sur 23 utérus enlevés par l'hystérectomie vaginale totale, on trouva 9 fois des noyaux dans le fond de l'utérus. Une section sous-vaginale n'aurait donc constitué qu'une opération incomplète.

MARCEL BAUDOUIN.

(*Progrès Méd.*).

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 23 novembre 1891

—

FLUXION MENSTRUELLE DE LA PULPE DENTAIRE.

M. RÉGNIER rapporte un cas de fluxion menstruelle qu'il a observé chez un dentiste de Bordeaux. Une dame, atteinte d'un point de carie dentaire sans douleur, subit un grattage de sa dent malade jusqu'à la pulpe. Celle-ci est protégée par une petite capsule de platine au-dessus de laquelle la mauvaise dent fut aurifiée. Depuis lors, tous les mois, à l'époque de la menstruation, la malade éprouve une véritable rage de dents localisée au point aurifié. Cette fluxion douloureuse dure environ quarante-huit heures ; elle s'est reproduite huit fois aux dates indiquées. Est-elle provoquée par la capsule de platine qui joue le rôle d'épine et contre laquelle vient presser la pulpe congestionnée, ou bien cette fluxion accompagne-t-elle normalement les phénomènes menstruels et n'est-elle douloureuse en un point qu'en raison de la présence de la capsule ? Cette dernière hypothèse mériterait d'être vérifiée.

MM. VERGELY et BALADE rapportent des exemples de fluxions

nasales, naso-pharyngiennes, oculaires, coïncidant avec la menstruation et les rapprochent du fait noté par M. Régnier.

M. Boursier croit qu'on ne peut généraliser et que ces phénomènes fluxionnaires, si variés dans leurs manifestations, échappent à toute règle ; chaque malade a sa façon de réagir.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE SUPPURÉE OUVERTE A L'OMBILIC.

M. Ozoux communique des pièces anatomiques relatives à un cas de péritonite tuberculeuse avec fistule ombilicale. Le foyer purulent communiquait aussi avec l'intestin et se vidait en partie par l'anus. Le malade était un enfant, âgé de deux ans, placé dans le service de M. le professeur agrégé Piéchaud. L'autopsie permit de vérifier le diagnostic porté pendant la vie et de constater la présence d'un rein très volumineux, d'un côté et d'un rein très petit, mal formé, du côté opposé ; les uretères sont normaux.

M. Villar dit qu'il n'est point rare de voir des abcès s'ouvrir une issue à l'ombilic, que ceux-ci proviennent du péritoine, du foie ou même des poumons. Les enfants sont particulièrement prédisposés à ces fistules ombilicales. M. Gauderon les a étudiés dans sa thèse : *Sur la péritonite idiopathique aiguë de l'enfance.*

M. Fromaget a observé, dans le service de M. André Moussous, une fillette atteinte de péritonite sèche, sur laquelle M. Piéchaud tenta la laparotomie. Quatre mois après l'opération, qui avait été incomplète à cause des nombreuses adhérences qui agglutinaient étroitement les anses intestinales et les feuillets du péritoine, une fistule stercorale se produisit sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

ÉPANCHEMENT PLEURAL DANS LE COURS DES AFFECTIONS DE L'ABDOMEN.

M. Lawson Tait a fait à la *Royal medical and Chirurgical Society* (24 novembre) une communication sur la coexistence des épanchements pleuraux et des affections de l'abdomen. La

première malade chez laquelle M. Lawson Tait a observé cette complication était une femme atteinte d'un cancer de l'ovaire qui se généralisa à la plèvre. L'épanchement qui fut la conséquence de cette localisation était hémorrhagique. Une intervention tentée du côté de l'abdomen fut suivie de mort. Chez d'autres malades l'apparition d'une pleurésie hémorrhagique annonça le plus souvent une terminaison fatale à brève échéance. Aussi doit-on considérer cette complication comme assombrissant fortement le pronostic.

Il y a cependant des exceptions, comme le prouve l'observation d'une malade qui, atteinte de tumeur abdominale, fit un double épanchement pleural hémorrhagique, compliqué d'ascite de même nature, et qui guérit après trois ponctions de sa pleurésie. L'ascite persista, malgré trente paracentèses abdominales, mais l'état général de la malade s'améliora à ce point qu'on tenta une intervention afin d'enlever la tumeur abdominale. La laparotomie permit de faire l'ablation d'un fibrome de l'ovaire. L'opération fut suivie de succès et, quatre mois après, la santé de l'opérée était encore excellente. Les épanchements hémorrhagiques ne se produisirent plus, et il n'y eut pas de généralisation cancéreuse.

Cette observation montre que l'apparition d'une ascite ou d'une pleurésie hémorrhagiques n'indique pas forcément une terminaison fatale à bref délai. M. Lawson Tait pense, en conséquence, qu'une laparotomie doit être faite dans les cas de ce genre ; elle restera exploratrice, si l'on ne peut faire autrement, et comme elle ne fait courir que fort peu de risques à la malade, il convient de la tenter toujours.

M. Hale White rappelle à ce propos que le Dr Fagge, en présentant, il y a quelques années, l'observation d'un malade atteint simultanément de pleurésie, de péritonite, de péricardite et de méningite, a insisté sur les affinités mystérieuses qui existent entre les diverses séreuses. M. Hale White a eu l'occasion de rapporter à la *Clinical Society* le cas d'une fillette qui guérit après avoir eu une péritonite, une péricardite et une pleurésie.

M. Routh fait remarquer que la pleurésie est fréquemment hémorrhagique chez les enfants, sans qu'il y ait pour cela de tumeur de l'abdomen. Il n'en reste pas moins acquis cependant qu'un épanchement pleural hémorrhagique survient fréquemment

dans le cours d'affections cancéreuses du foie, de l'estomac. Cette complication s'observe aussi dans le cours de la tuberculose et de l'infection palustre.

Quant à l'intervention chirurgicale dans les cas dont parle M. Lawson Tait, elle est, suivant M. Routh, très justifiée.

M. Frédéric Taylor ne pense pas que la présence de sang dans un épanchement pleural puisse être regardée comme un signe de cancer.

M. Barwell rappelle que le cancer de la plèvre s'accompagne parfois d'un épanchement séreux.

M. Lawson Tait fait remarquer que l'opinion admise par la généralité des médecins est qu'un épanchement pleural sanglant survenant pendant l'évolution d'une tumeur de l'abdomen est toujours cancéreux. C'est pour montrer que cette interprétation était erronée parfois qu'il a fait sa communication et qu'il a insisté sur l'utilité de faire la laparotomie dans ces cas.

(*Le Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

INTERVENTION DANS DEUX CAS DE SEPTICÉMIE PAR FŒTUS PUTRÉFIÉS,

Par le Dr Gendron (1).

Le 10 juillet, vers huit heures et demie du soir, je suis appelé chez Madame M., demeurant boulevard Saint-Jacques, enceinte de quatre mois et demi environ.

Femme brune, âgée de 32 ans, de très bonne santé habituelle ; a été réglée à 14 ans et demi et toujours bien depuis. Ses parents sont vivants et bien portants ; le mari aussi.

Mariée à 25 ans : un enfant à terme après un an de mariage. Bonne couche. Peut-être un peu longue à se rétablir ; mais, en tout cas, la santé était redevenue excellente.

Second enfant trois ans après le premier : cet enfant, à terme et du poids de 9 livres, mais mort-né, n'avait pas, paraît-il, de voûte crânienne (?).

Remise de suite, Madame M. ne devient enceinte que deux ans et

(1) Soc. obst. et gyn., oct. 1891.

demi plus tard : les dernières règles se sont montrées au milieu de février de cette année. Rien d'anormal dans cette grossesse jusqu'à la fin de juin, époque à laquelle, sans cause appréciable, elle est prise de douleurs violentes au côté droit, se propageant vers le milieu du dos et le long de la cuisse du même côté. Ces douleurs sont accompagnées de vomissements bilieux.

Le médecin habituel diagnostique des coliques néphrétiques.

Les douleurs et les vomissements persistent pendant trois jours, puis l'état général s'aggrave, la malade a une fièvre violente ; les douleurs sont pourtant moins vives, mais occupent tout le ventre.

Le médecin, qui continuait à donner ses soins, craint une fausse couche.

Enfin, il se fait par le vagin un écoulement de glaires sanguinolentes, dont l'odeur fétide s'accentue de plus en plus. Les envies d'uriner sont fréquentes et la miction est douloureuse ; il y a de la diarrhée.

Telle était la situation depuis une huitaine de jours, lorsque je fus appelé.

Je prends la température, qui est de 39°7 ; le pouls est à 120 ; les traits sont tirés, le facies terreux.

La malade répond pourtant facilement à mes questions et me paraît douée d'une grande énergie.

Les douleurs sont franches et se succèdent bien depuis le matin ; il s'écoule des caillots sanguins et il se dégage une odeur forte et nauséabonde.

Après avoir fait une irrigation vaginale au sublimé au 2000e, je pratique le toucher et je constate une dilatation de cinq centimètres environ.

Dans l'orifice du col pend un bras que je ramène ; puis, ma main pénétrant en partie dans l'utérus, dont elle a dilaté lentement l'orifice, j'extrais successivement le tronc, la tête et enfin le placenta, le tout à l'état de putréfaction avancée.

Le fœtus reconstitué a bien quatre mois et demi environ.

En nettoyant l'utérus, dans lequel je fais passer une injection au sublimé mes doigts constatent sur le fond et à droite un corps fibreux sessile, formant saillie et de la grosseur d'une pomme d'api.

Je prescris uniquement des injections vaginales assez rapprochées.

Le lendemain la température était à 37°2 et les suites furent normales.

De cette observation je rapprocherai la suivante, qui remonte au mois d'avril de cette même année. Dans ce second cas, il s'agit encore d'une femme de bonne constitution et ordinairement bien portante. Madame B., âgée de 30 ans, demeurant rue Saint-Honoré, a été réglée à 11 ans et demi. Mariée à 20 ans, elle aurait fait plusieurs fausses couches de quelques semaines, la première au bout de trois ans et demi de mariage, la dernière au commencement de l'année passée.

Mais ces accidents, dont elle se relevait d'ailleurs très rapidement, n'avaient aucune influence sur sa santé générale.

Devient enceinte au mois de juillet 1890. La grossesse suit normalement son cours.

Dans la journée du 15 avril 1891, elle entre en douleurs : les contractions sont très espacées ; il y a beaucoup d'agitation, surtout la nuit.

Le 17 se montrent les eaux qui sortent sous forme de petits jets, au moment des contractions. L'odeur est infecte. Les injections antiseptiques sont de suite pratiquées par la sage-femme, qui assiste la malade.

Je suis appelé le 18 dans la soirée. Madame B., très fatiguée, avec de la fièvre, se plaint beaucoup du ventre : le facies est mauvais.

Au toucher le col est effacé, mais il y a à peine de la dilatation : le doigt pénètre difficilement à travers un orifice dur et rigide et arrive sur l'occiput.

Les injections chaudes antiseptiques sont continuées.

Le lendemain matin, de bonne heure, la jeune femme est dans la même situation ; le doigt pénètre, pourtant, un peu plus aisément.

La mettant, de suite, en travers du lit, dans la position obstétricale, j'incise le col en arrière avec un bistouri boutonné.

La dilatation se fait immédiatement sous mon doigt.

Je procède alors à l'application du forceps et, au moment même où ma main, qui doit servir de guide à la cuillère, déplace la tête, il s'écoule un flot de liquide noirâtre et nauséabond.

Après deux essais infructueux, les cuillères de l'instrument dérapant à chaque tentative de traction, la version est pratiquée.

Cette opération est longue et pénible: le fœtus, très volumineux et gonflé par l'emphysème, est, comme dans le cas précédent, dans un état de putréfaction tel que l'un des membres inférieurs, quoique la

force des tractions n'ait rien d'exagéré, est arraché en deux endroits, d'abord au niveau du genou, puis à la racine de la cuisse.

Délivrance artificielle et nettoyage parfait de la cavité utérine sous un jet très chaud de Van Swieten dédoublé.

Presque instantanément l'utérus se contracte sous ma main.

Les injections antiseptiques vaginales chaudes sont continuées toutes les deux heures.

Dans la journée deux syncopes et quelques vomissements.

Le lendemain matin je trouve l'accouchée avec une température de 36°6.

Je ne la revois plus.

J'apprends, plus tard, par la jeune sage-femme intelligente et instruite qui lui a continué ses soins, sur mes indications, qu'elle a guéri complètement, mais en passant par des accidents assez graves, dont voici brièvement le récit :

Le 20 au soir, le lendemain de l'accouchement, la température est à 38° ; le ventre est un peu ballonné et il existe un écoulement lochial fétide.

Des injections intra-utérines sont pratiquées toutes les deux heures et on donne du naphtol à l'intérieur.

Elimination de lambeaux sphacélés qui continuent pendant deux jours.

Le 21, la température est de 37°8 le matin et 37°9 le soir ; et, à partir du 5e jour, elle ne dépasse plus 37°.

Jusqu'au 10e jour, les injections intra-utérines ont été pratiquées, mais deux fois par vingt-quatre heures seulement.

Le 15e jour les injections vaginales au sublimé étaient supprimées et remplacées par des injections boriquées.

La neuvième semaine, madame B. part à la campagne pour achever de se remettre complètement.

Elle est revue le 16 août dans un état de santé excellent.

L'examen au spéculum montre un col de bon aspect, court et sans ectropion.

LA GYNÉCOLOGIE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ALIÉNATION MENTALE.

Le Dr Savage a fait sur ce sujet des réflexions qui ne nous paraissent pas manquer de justesse. Il y a quelques années la gynécologie paraissait faire partie de l'obstétrique. Aujourd'hui, après de grands

progrès, elle s'est presque complètement émancipée. L'obstétrique et la gynécologie, dit M. Savage, sont deux sœurs dont le domaine se touche, se confond parfois ; la plupart des accoucheurs ne s'occupent plus actuellement de gynécologie et réciproquement les gynécologues ne pratiquent plus les accouchements. C'est là un tort, car il est souvent bien difficile de déterminer où doit s'arrêter l'intervention de l'un et de l'autre. Mais ce n'est pas là, il nous semble, la seule conséquence de cette spécialisation trop étroite. L'auteur va nous en signaler une autre.

Il serait nécessaire, dit-il, qu'un gynécologue fît partie du personnel médical de la plupart des asiles d'aliénés, au moins des principaux d'entre eux ; l'aliénation mentale chez la femme a, en effet, pour causes ordinaires l'hérédité, l'alcoolisme et les troubles de la vie génitale ; or, dans les cas relevant de ces derniers, la surveillance et l'examen devraient être faits par un gynécologue expérimenté. Il suffit parfois de l'application maladroite d'un pesssaire pour entraîner des troubles cérébraux ; les opérations sur l'ovaire peuvent également en produire. Pour ma part, sans compter les cas d'hystérectomie sus-vaginale, j'ai enlevé cinq fois les deux ovaires pour divers états pathologiques et neuf fois j'ai vu l'aliénation mentale survenir à la suite de l'opération, tandis que je ne l'ai jamais vue après l'ablation d'un seul ovaire, ni après aucune autre opération abdominale. L'aliénation mentale, à la ménopause ou dans l'état puerpéral, peut être ou non sous la dépendance de quelque lésion latente des ovaires de nature encore mal déterminée.

Pour notre part, nous connaissons un fait bien net d'aliénation mentale à la suite de l'extirpation des ovaires et ce n'est pas sans raison que le Dr Doléris s'est, de son côté, élevé contre la castration trop largement pratiquée chez la femme.

(*Revue de thérap.*)

LA PALPATION ABDOMINALE DANS UN BAIN.

M. Chlapowsky (de Lemberg) a constaté que la palpation de l'abdomen est singulièrement facilitée quand on la pratique sur un malade plongé dans un bain. Les muscles droits de l'abdomen se relâchent alors bien davantage, et il est bien plus aisé de reconnaître l'existence et de déterminer les rapports, le siège et le volume d'une tumeur abdominale.

Si la palpation sous l'eau est plus aisée pour le chirurgien, elle est également moins douloureuse pour le malade ; cette méthode d'exploration permet souvent d'éviter d'avoir recours au chloroforme (*Wien. med. Wochenschrift*, n° 22.)

DE L'ÉCOULEMENT SANGUIN APPELÉ PETIT RETOUR DE COUCHES.

M. le Dr Remy (de Nancy) publie, dans les *Archives de Tocologie*, un travail sur ce phénomène dont on a donné des interprétations assez nombreuses.

Souvent vers le quatorzième, seizième, dix-huitième ou vingtième jour de couches, réapparaît un écoulement sanguin qui dure quelques jours. C'est à cet écoulement qu'on a donné le nom de *petit retour*. La plupart des médecins qui l'ont observé, ont regardé ce phénomène comme accidentel et l'ont attribué à un écart de régime, à des mouvements intempestifs, au premier lever, etc... Examinant toutes les femmes de la maternité de Nancy, M. Remy a constaté que ce symptôme se montrait au moins 60 fois pour 100 accouchements, et, prenant en considération la fréquence de cet écoulement sanguin, les phénomènes qui l'annoncent ou l'accompagnent, s'est demandé si cette perte rouge n'était pas liée à un phénomène ovarien, à une ovulation ; autrement dit, si on ne se trouvait pas en présence d'une menstruation.

En étudiant attentivement ce petit retour, on voit qu'il est souvent précédé de douleurs abdominales semblables à celles qui annoncent les règles ; de plus, il n'est nullement influencé par la fatigue, les mouvements, le lever, etc... ; il est à remarquer aussi qu'il apparaît chez les femmes qui nourrissent comme chez celles qui ne nourrissent pas. Le petit retour ne serait donc que l'ébauche de la première menstruation qui se montre après la parturition.

Dans cette manière de voir, tant que cet écoulement se maintient dans une mesure normale, comme abondance et comme durée, le rôle du médecin doit se borner à prescrire le repos et de simples mesures d'hygiène. Mais si cette perte prenait les caractères d'une véritable ménorrhagie, il serait indiqué d'agir plus énergiquement.

PÉRITONITE PURULENTE GUÉRIE PAR UNE LAPAROTOMIE,

Par le docteur E. Henoch.

(*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891 n° 4, p. 87.)

Une fillette de 4 ans, de parents sains, fut prise subitement (23 décembre 1887) de coliques, de diarrhée, de vomissements avec fièvre (38°8). Puis le ventre de l'enfant se mit à gonfler de plus en plus ; la petite malade resta sujette aux vomissements, elle pâlit, et se mit à maigrir. Elle portait les stigmates du rachitisme. Au pourtour du nombril qui proéminait fortement on découvrait une zone de rougeur de l'étendue d'une pièce de cinq francs ; le ventre était douloureux à ce niveau. A 6 centimètres au-dessus de cette zone, et sur la ligne blanche, existait un foyer fluctuant, du volume d'un œuf de poule, proéminent, qui se continuait en bas à travers une fente de la ligne blanche abdominale dans un autre foyer de fluctuation. Les changements d'attitude imprimés à l'enfant n'avaient pas d'influence sur les résultats de la percussion. Le cœur était refoulé en haut. La température vespérale ne s'élevait pas au-dessus de 37°9.

La matité abdominale augmenta dans la suite. La fente qui siégeait sur la ligne blanche abdominale s'élargit. Une ponction exploratrice, pratiquée en un point situé immédiatement au-dessus du nombril, donna issue à un pus peu consistant, qui ne renfermait pas de bacilles de la tuberculose. Urines normales.

A travers une incision de 2 1/2 centimètres, comprise entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, M. Henoch retira environ 2,000 centimètres cubes de pus mélangé de caillots fibrineux ; drainage. L'enfant a guéri, sans présenter la moindre trace de fièvre. Tout au plus a-t-elle vomi quelquefois. Sa plaie a mis dix jours à se cicatriser.

S'agissait-il dans ce cas d'une péritonite purulente d'origine tuberculeuse ? M. Henoch conclut que non, en s'appuyant sur les résultats négatifs de la recherche des bacilles dans le pus, sur l'évolution du cas, et notamment sur la rapidité de la guérison. M. Henoch ne paraît pas croire beaucoup à la guérison *durable* de la péritonite tuberculeuse, de la forme chronique surtout. Il lui est d'ailleurs impossible d'assigner une cause précise à la péritonite survenue chez l'enfant en question. Le cas démontre, d'autre part, que la péritonite purulente simple est justiciable de la laparotomie.

(*Rev. de thér. gén. et thér.*)

DRAINAGE PERMANENT DE LA CAVITÉ PÉRITONÉALE DANS UN CAS DE PÉRITONITE TUBERCULEUSE IDIOPATHIQUE,

Par le docteur L. Carvi.

(*Riforma medica*, octobre 1890, nos 30 et 31.)

Il s'agit d'un cas d'ascite où l'épanchement s'était montré rebelle à l'emploi des moyens les plus variés, notamment aux ponctions répétées. M. Carvi eut alors recours au drainage permanent de la cavité péritonéale, suivant la manière de faire de d'Antona. Avec un trocart recourbé, on pratiqua dans la paroi abdominale une première ouverture, puis une contre-ouverture; un drain fut passé à travers les deux orifices. Les ouvertures de ce drain furent oblitérées avec des bouchons en verre, et on s'astreignit aux précautions antiseptiques les plus sévères. Dans les deux premières semaines, le liquide épanché fut évacué une fois toutes les vingt-quatre heures; la quantité recueillie chaque fois oscillait entre 500 et 1000 grammes. Puis le soutirage du liquide épanché se fit à des intervalles de temps de plus en plus éloignés : tous les deux, tous les trois, et finalement tous les huit jours. Amélioration progressive. On avait commencé le traitement au mois de mai 1888 ; guérison au mois de mars 1889.

L'HYDRASTIS CANADENSIS EN OBSTÉTRIQUE,

Par le docteur Bossi.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'hydrastis canadensis (extrait fluide), administré dans quelque période que ce soit de la grossesse, à la dose de 100 à 200 gouttes par jour et pendant quelques jours de suite, n'a *aucune action dangereuse ni sur la mère, ni sur le produit de la conception*. Il en est de même lorsqu'on l'administre pendant l'accouchement.

2° L'hydrastis canadensis, administré soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement et la délivrance, comme après, a une *action constante hémostatique, curative et prophylactique sur l'utérus*, sans exercer aucune influence ecbolique sur le muscle utérin, et sans en modérer les contractions.

3° L'hydrastis canadensis est une substance thérapeutique précieuse en obstétrique et certainement supérieure au seigle ergoté, ne présentant pas les inconvénients de celui-ci et pouvant être adminis-

tré librement, soit *comme curatif*, soit comme *prophylactique* des métrorrhagies à toutes les époques de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance et du puerpérisme, et son usage confié aux sages-femmes serait bien plus prudent que celui du seigle ergoté.

Le nombre des expériences est assez important pour me permettre de recommander l'emploi de l'hydrastis canadensis sous forme *d'extrait fluide*:

a) Dans les écoulements de sang qui surviennent pendant la grossesse et pendant le puerpérisme à la dose à peu près de 100 à 150 gouttes par jour en 3 fois avec quelques heures de repos.

b) Comme curatif immédiat dans les écoulements de sang survenant pendant l'accouchement à la dose de 150 à 200 gouttes en 3 ou 4 fois, et administré au commencement des douleurs de l'accouchement dans les cas de placenta prævia, pendant la dilatation et dans les autres cas.

c) Comme moyen prophylactique contre les fréquentes métrorrhagies post-partum, et de la délivrance dans le cas d'hydramnios, d'inertie utérine et de développement excessif du fœtus et des annexes; de l'anémie grave de la patiente et des prédispositions aux métrorrhagies révélées par les couches antérieures.

Telles sont les expériences que je présente et telles sont les conclusions auxquelles je suis arrivé. J'ai été encouragé à les publier, parce que dans les récentes visites que j'ai faites aux principales cliniques d'obstétrique de l'Autriche et de l'Allemagne, j'ai pu constater que personne encore n'avait usé de l'hydrastis en obstétrique en poursuivant le but que je me suis fixé, et en cherchant à obtenir les résultats auxquels je suis arrivé; et que j'ai été étonné de n'avoir encore vu aucune publication sur ce sujet, quoique l'on ait pourtant beaucoup écrit sur ses applications en gynécologie.

(*Nouvelles Archives d'obst. et de gyn.*)

ÉPILEPSIE CAUSÉE PAR UNE RÉTENTION DES RÈGLES, SUITE D'IMPERFORATION DE L'HYMEN ; INCISION DE LA MEMBRANE ; GUÉRISON.

Par le Dr Somers.

Une jeune fille de 16 ans, exempte de toute tare héréditaire, fut prise, sans cause appréciable, d'attaques convulsives qui présentai en tous les caractères de l'épilepsie vraie. Depuis quelque temps déjà

la jeune fille se plaignait d'un malaise général, de céphalalgie, de douleurs, de ténesme vésical, etc.

Les attaques convulsives se répétèrent à des intervalles plus ou moins rapprochés, jusqu'à plusieurs fois par jour. Les choses duraient ainsi depuis plusieurs mois, lorsque le médecin s'aperçut que la jeune fille, qui n'était pas encore réglée, présentait une tuméfaction considérable du ventre. L'examen des organes génitaux externes fit constater que l'hymen imperforé était saillant en avant : cette saillie était fluctuante. La membrane fut incisée avec toutes les précautions antiseptiques exigibles. L'incision donna issue à une grande quantité de pus épaissi. A partir de ce moment, les attaques convulsives ne se sont pas reproduites, et les règles sont revenues avec une parfaite régularité. La guérison se maintenait quinze mois plus tard.

(*The Lancet.*)

KYSTE DE LA GRANDE LÈVRE CHEZ UNE FILLETTE DE 6 ANS, SURVENU PROBABLEMENT DANS LES VESTIGES DU CANAL DE NUCK,

Par le Dr Monnier.

G. Clotilde, 6 ans, entre le 17 octobre 1890 dans notre service d'enfants. C'est une fillette un peu délicate, mais de bonne santé. A l'âge de 6 mois, ses parents s'aperçurent qu'elle portait dans la grande lèvre droite une tumeur du volume d'une grosse noisette : un bandagiste consulté crut à l'existence d'une hernie et appliqua un bandage qui fut porté jusqu'à il y a un an.

A son entrée, nous trouvons dans la région indiquée, mais plus spécialement dans le tiers supérieur de la grande lèvre, une tumeur allongée du volume d'une grosse noisette, indolente, fluctuante, irréductible, mais très aisément appliquée par la pression contre l'orifice extérieur du canal inguinal, tout en ne présentant pas la moindre impulsion par la toux. La peau est normale.

18 octobre 1890. — Anesthésie, lavages antiseptiques de la région. Incision suivant le grand axe vertical de la tumeur. Après section successive de toutes les enveloppes de la lèvre, nous arrivons sur une tumeur parfaitement transparente, comparable à une petite vessie natatoire de poisson : énucléation aisée en haut surtout ; en bas et en dehors, l'adhérence est plus grande et nous plaçons une ligature

sur une sorte de pédicule vasculaire. — Drainage, suture, pansement antiseptique.

Guérison rapide, sans fièvre ni douleurs.

La tumeur enlevée a tout à fait l'aspect d'un kyste du cordon ; en bas, sur le côté, est une petite cavité adjacente, ouverte par la section du pédicule lié. En haut il n'y a pas la moindre continuité avec le péritoine.

Réflexions. — Il semble s'agir nettement d'un kyste du canal de Nuck.

La situation supérieure et externe de la tumeur, le jeune âge de la malade permettent d'éliminer le kyste de la glande de Bartholin.

On pourrait soulever l'hypothèse d'un kyste dans un sac herniaire déshabité, mais il semble difficile d'admettre que toute continuité avec le péritoine ait disparu.

(*La France méd.*)

VARIÉTÉS

—

Poursuite contre une sage-femme cause de syphilis sur les nourrices. — Dans le dernier numéro du *Zeitschr. f. Mediz.*, le doct. L. Leo, de Bonn, rend compte d'un intéressant procès intenté à une sage-femme. Suivant une très ancienne coutume, cette sage-femme avait employé une vieille femme sans dents comme « téteuse patentée » ; quand une accouchée avait les seins trop gonflés et que l'enfant ne parvenait pas à les vider, cette spécialiste débarrassait elle-même la nourrice du lait en excès. Malheureusement, en 1884 et 1885, quatre femmes furent atteintes de syphilis, après que la vieille eut sucé leur lait, et l'on aurait constaté alors qu'elle avait mal à la bouche ; bientôt la maladie atteignit deux des maris ainsi que plusieurs nouveau-nés et causa certainement la mort de l'un de ceux-ci.

Dès que ces faits furent connus des autorités, la sage-femme fut poursuivie pour blessures corporelles par négligence. Quant à la téteuse, elle ne fut pas inquiétée.

Le collège médical rhénan, consulté, fut d'avis que la sage-femme

devait connaître le danger qu'il peut y avoir à faire téter une femme par une autre personne et qu'il y avait eu imprudence de sa part. Dans le manuel à l'usage des sages-femmes, il serait recommandé de se servir en pareil cas d'un bout de sein en verre. Le tribunal, en conséquence, condamna la sage-femme à six mois de prison.

Celle-ci interjeta appel. La cour ordonna alors une nouvelle enquête, sous prétexte qu'il n'était pas démontré : 1° que l'inculpée eût eu connaissance de l'état de la bouche de la téteuse, et 2° que, même avec une attention suffisante, il lui eût été possible de reconnaître l'existence d'accidents contagieux.

L'inculpée fut acquittée pour ce motif que la syphilis des lèvres est une maladie assez rare pour que l'idée d'un danger d'infection par cette voie puisse ne pas venir à l'idée d'une sage-femme. D'ailleurs, dans les anciens manuels mis entre les mains des sages-femmes, le procédé en question serait formellement recommandé ; dans les nouveaux, il ne serait pas expressément défendu.

(*L'Union méd.*)

—

L'exercice illégal de la médecine fournit rarement des incidents aussi amusants que celui qui se passe en ce moment aux portes de Paris.

Une lutte homérique est engagée, en ce moment, entre le parquet de la Seine, d'une part, et, d'autre part, une dame Schiklé qui s'est établie « médecin », à Billancourt, sous la dénomination un peu ambitieuse de « docteur Verneuil ».

Le parquet, sur la plainte des médecins de la contrée, a poursuivi Mme Schiklé pour exercice illégal de la médecine et l'a fait condamner à 500 francs d'amende. La femme-docteur a payé et a tranquillement continué ses consultations.

Nouvelles plaintes, nouvelles amendes.

Mais, cette fois, le soi-disant docteur Verneuil, invité à se présenter au parquet, a déchiré la convocation et en a renvoyé les morceaux au procureur de la République.

Mme Schiklé a écrit, en même temps, au préfet de police, au préfet de la Seine et au ministre, pour protester contre les poursuites dont elle est l'objet. Elle prétend que sa situation est parfaitement légale, attendu qu'elle a passé brillamment une thèse sur les maladies nerveuses et mentales des femmes.

Elle ajoute que cette thèse lui a valu les éloges du jury.

Mme Schiklé dit encore que Pasteur n'est qu'un ignorant, Charcot un charlatan et qu'elle se ferait forte, au besoin, de réfuter victorieusement toutes leurs théories. Elle a du reste, toujours d'après ses lettres, une science bien supérieure à celle de tous les autres médecins, attendu que cette science lui est inspirée comme le don de guérir était inspiré au zouave Jacob.

Nous devons dire qu'à Billancourt, où elle exerce depuis longtemps, la femme-docteur est très aimée et très estimée. On rencontre de tous côtés des gens qui jurent avoir été guéris par elle, ce qui arrive, d'ailleurs, pour tous ceux qui exercent illégalement la médecine.

Aussi est-elle très gardée et très protégée. Il y a quelques jours, quand, à la suite de sa lettre au procureur de la République, on est venu l'arrêter, elle a carrément refusé de suivre les agents, a menacé de se coucher à terre, de se laisser traîner et d'ameuter tout le pays.

Devant cette attitude, et pour éviter un scandale, les agents ont dû se retirer.

Depuis ce temps, on a essayé de nouveau de revenir avec une voiture pour l'emmener. Mais, comme nous le disions plus haut, on fait bonne garde autour d'elle et, de très loin, les agents sont signalés. La femme-docteur alors s'échappe, tantôt sous un déguisement, tantôt sous un autre, et on trouve la maison vide.

Comment cette lutte finira-t-elle ?

(*L'Union méd.*) SIMPLISSIME.

—

UNE PHARMACIENNE. — Mlle Leclerc vient de subir devant le jury de l'École de pharmacie, avec une note très satisfaisante, l'examen de validation du stage officinal de trois ans exigé des candidats au grade de pharmacien.

—

LE LIT A DEUX. — Un argument pour les ménages qui aiment à faire chambre à part : C'est *The Lancet* qui le leur fournit. « Rien, dit ce journal, ne détraque autant le système nerveux d'une personne qui élimine de la force nerveuse, comme de coucher toute une nuit avec une autre personne, qui absorbe cette même force nerveuse. Celle-ci dormira profondément toute la nuit, et se lèvera le matin

allègre et bien reposée, tandis que l'autre passera une nuit abominable, et se réveillera sans forces, découragée, abattue, bourrue et irritable. Deux personnes ne devraient jamais coucher ensemble d'une manière habituelle. L'une gagne ce que l'autre perd. C'est la loi. » On se demande où *The Lancet* a découvert cette loi, et à quoi se reconnaissent les personnes qui éliminent et celles qui absorbent de la force nerveuse ? Il y a bien quelque chose d'analogue dans l'histoire du roi David, à qui les médecins de l'époque conseillèrent de mettre dans sa couche une « jeunesse » pour réconforter ses forces défaillantes. Mais cette histoire manque d'autorité scientifique. Cependant un journal, non moins sérieux que *The Lancet*, les *Annals of Hygiène*, partage l'opinion du journal : « Un grand nombre, dit-il, des malaises nerveux dont on se plaint souvent le matin au lever sont dus à l'habitude de coucher à deux. Il se fait pendant la nuit des échanges électriques entre les deux organismes en présence et la répartition inégale de ces forces électriques dégagées finit par amener des résultats fâcheux. » A la bonne heure ! Et voilà peut-être l'explication de bien des brouilles domestiques et de ruptures conjugales, l'incompatibilité nocturne électrique ! Et quelle belle cause à plaider pour les avocats de divorce : la puissance absorbante de madame épuisant les courants électriques de monsieur !

(*La Médecine moderne.*)

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Technique instrumentale concernant les sciences médicales,** par M. le Dr Mosny et MM. L. Audain et F. de Grandmaison. Revue des méthodes et instruments usités en chirurgie, micrographie, physiologie, hygiène, etc. 1 vol. in-8° avec 470 fig. dans le texte. Oct. Doin, éd. Paris, 1891.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le compte rendu suivant de cet excellent ouvrage, que nous empruntons au *Journal d'hygiène* et auquel nous nous associons complètement :

Cet ouvrage bien qu'ayant eu pour point de départ l'Exposition de 1889, ainsi que l'auteur le dit lui-même dans la préface, ne saurait être comparé aux articles-revues ou aux *guides médicaux* de l'Exposition qui ont été publiés à l'occasion et au cours de celle-ci. Ce n'est pas là, en effet, un *guide médical*, autrement dit un *catalogue*, mais bien un véritable *traité de technique instrumentale* au sens vrai du mot, un exposé détaillé des méthodes et des instruments en usage dans les sciences médicales.

On sait combien est complexe aujourd'hui l'outillage des laboratoires des écoles de médecine. Les plus habitués, voire même les plus érudits s'y perdent, dès qu'ils abordent la partie instrumentale et qu'ils veulent étudier de près les méthodes et les appareils mis en jeu par les expérimentateurs dans leurs recherches. Aborder franchement cette question, décrire avec ordre et méthode les principaux instruments relatifs aux différentes branches des sciences médicales, et les présenter de façon à donner au lecteur une idée d'ensemble d'un chapitre aussi vaste et aussi chargé était chose ardue et délicate. Nous ne pouvons que féliciter M. Mergier d'avoir mené à bonne fin cette tâche. Son traité constitue un ouvrage nouveau et original, et il a fait œuvre utile en le publiant. Qu'il nous permettre même de le tenir pour trop modeste quand il dit dans sa préface que ce travail est incomplet. Le nombre seul des figures, qui atteint le chiffre de 470, nous paraît respectable et dit assez que l'on se trouve en présence d'un contingent énorme d'appareils tous parfaitement décrits.

Les chapitres relatifs à la *chirurgie*, à la *micrographie*, à l'*hygiène* et principalement celui où sont décrits les appareils de *physiologie*, méritent une mention toute spéciale. Il y a dans ces derniers un vrai luxe de figures et il faut ajouter que toutes sont du plus grand intérêt. L'*optique physiologique et médicale* manque peut-être un peu de développements ; mais c'est là une lacune que l'auteur lui-même a vue et comprise et qu'il a mise sur le compte du manque de temps et d'espace. Nous espérons toutefois que dans les éditions ultérieures, qui ne peuvent manquer de se produire, M. Mergier reprendra ce chapitre pour le compléter et le mettre à jour. En résumé, la Technique instrumentale, qui vient aujourd'hui combler une réelle lacune, occupera à bon droit une place importante dans notre littérature médicale. Dr DE F.

II. **Les variations quantitatives de l'urine pendant la journée**, par ALEXANDRE GIRARD, chimiste-expert, etc. Paris, 1891.

III. **Le sanatorium du Canigou**, par le Dr SABOURIN. Paris, Masson, 1891.

IV. **Etude générale sur la pneumonie, la pleurésie et la phtisie chez les médecins de la période gréco-romaine**, par le Dr ELIE BAZIN. Paris, Jouve, 1891.

V. **Étude sur les œuvres de Nicolas Puzos**, par RICHARD WAGNER. Paris, Jouve, 1891.

VI. **Kystes du mésentère**, par M. E. DELMEZ. Paris, Jouve, 1891.

VII. **La rougeole et la scarlatine pendant la grossesse et les suites de couches**, par M. de TORNÉRY, ancien interne des hôpitaux de Paris et avec la collaboration de M. le Dr MARCEL DURAND, pour la scarlatine. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891. (*Sera analysé.*)

VIII. **Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus**, par le Dr CORBIN. Paris, Ollier Henry, 1891.

IX. **Garengeot, sa vie et son œuvre**, par le Dr JARNORIEN DE VILLARTAY.

X. **La médecine grecque depuis Asclépiade jusqu'à Galien**, par le Dr CONSTANTIN TSIN TZIROPOULOS. Paris, Jouve, 1891.

XI. Dr ZABÉ. **Dyspepsies hernieuses**. Paris, Soc. d'édit. scient., 1891.

XII. **Les bains salins de la Mouillière-Besançon et les eaux salées de Miserey. Notice médicale**, par M. le Dr L. BAUDIN. Besançon, 1891.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

232. — Du diagnostic de la grossesse gémellaire, par le Dr Crouzat. — L'auteur fut appelé par un confrère auprès d'une femme enceinte de deux jumeaux, dont le travail était entravé par suite de l'existence d'un rétrécissement considérable de la partie inférieure du vagin.

Cet élément de dystocie tirait son origine d'une lésion cicatricielle survenue à la suite d'un premier accouchement. Il y avait eu séjour prolongé de la tête fœtale sur le plancher du périnée, déchirures vulvo-vaginales multiples dans le temps de l'expulsion, et, dans les suites de couches, élimination de vastes lambeaux de muqueuse sphacelée.

M. Crouzat constata tous les signes d'une grossesse gémellaire. A ce propos il insiste sur une disposition particulière de l'utérus perceptible au palper, consistant dans l'existence d'un sillon dirigé obliquement en écharpe à la surface antérieure de l'utérus. C'est là un des signes objectifs de la grossesse gémellaire, dont les auteurs semblent avoir tenu peu compte depuis Levret qui, le premier, l'a signalé. Ce signe permet non seulement de reconnaître la présence de deux jumeaux, mais encore, de compléter le diagnostic, comme le recommande Budin, en assignant aux deux fœtus leur situation respective l'un par rapport à l'autre.

Les deux œufs étaient obliquement superposés : L'œuf gauche situé au-dessous du droit, était occupé par un fœtus se présentant par le siège. L'œuf droit renfermait un fœtus dont la tête était dirigée en sens inverse du précédent, et tournée vers la fosse iliaque. Le premier enfant se présentait donc par le siège.

Les organes génitaux externes présentaient, à un premier coup d'œil, l'aspect habituel qu'on trouve chez les vierges ; l'entrée du vagin était à peine visible, mais en regardant de près on remarquait sur le périnée des cicatrices dont une, plus considérable, située à droite du raphé, formait un léger bourrelet.

Lorsque la dilatation du col fut presque complète, M. Crouzat anesthésia la malade et tenta de dilater à l'aide des doigts le trajet

vulvo-vaginal. La résistance des tissus inodulaires rendit cette pratique impossible, sans débridement préalable. M. Crouzat incisa la cicatrice périnéale suivant une direction curviligne, en arrière et en dehors de la vulve. La main acheva dès lors sans difficultés l'agrandissement de l'orifice vulvaire.

Le toucher pratiqué à ce moment permit de constater l'existence d'une poche des eaux double, ou plutôt une procidence légère des enveloppes de l'œuf droit au-dessous et en arrière de la poche des eaux principale dépendant de l'œuf gauche.

M. Crouzat rompit cette dernière, et pratiqua l'extraction du premier enfant par le siège. Le second affectant, aussitôt après le premier accouchement, une disposition transversale, l'opérateur réintroduisit les mains dans l'utérus et amena au dehors le second jumeau à l'aide de la version. Les deux interventions furent conduites sans difficultés ; les jumeaux étaient vivants.

L'incision libératrice du périnée fut réparée par la suture immédiate et fut réunie par première intention presque complète.

La délivrance s'effectua naturellement une demi-heure après l'accouchement. L'examen de l'arrière-faix vint corroborer le diagnostic porté à l'aide de la palpation et du toucher. L'œuf gauche, le premier rompu, et primitivement en situation déclive par rapport à l'œuf voisin, était ouvert sur sa paroi externe, non loin du bord du placenta. L'œuf droit était ouvert en partie aux dépens de la face interne, c'est-à-dire aux dépens de la cloison interovulaire. Le second fœtus était donc bien partiellement situé au-dessus du premier.

Ce fait mérite assurément de fixer l'attention, en ce sens qu'il constitue une preuve de plus de la possibilité qui existe de faire le diagnostic précis de la situation respective des deux œufs dans la grossesse gémellaire. Grâce à l'entraînement spécial que possèdent à l'heure présente tous les accoucheurs dans la pratique de la palpation utérine abdominale, on en est venu à considérer comme incomplet tout diagnostic de la grossesse gémellaire dans lequel n'est pas spécifiée, avec précision, l'orientation des deux œufs dans la cavité de l'utérus. Nous avons été instruits sur ce point par les travaux de M. Budin et nous avons eu l'occasion, à maintes reprises, pour notre part personnelle, de faire ainsi le diagnostic de la variété de la grossesse gémellaire, et de nous assurer que nous n'avions pas commis d'erreurs, par l'inspection de l'arrière-faix post-partum.

(*Soc. obst. et gyn. de Paris.*)

***

233. — Folie survenant après les opérations gynécologiques. — M. Baldy, à la suite d'une enquête dont il communique les résultats à la *American gynecological Society*, a constaté qu'un huitième des femmes aliénées, soignées dans les asiles de la Pensylvanie, avaient subi antérieurement une laparotomie. Mais, ajoute-t-il, la fréquence de la folie après les opérations gynécologiques est encore plus grande que ne semblent l'indiquer ces chiffres; beaucoup de femmes, en effet, n'entrent pas dans les asiles, soit parce que les phénomènes mentaux guérissent rapidement, soit encore parce que la mort survient assez vite et avant la guérison de l'opération. Voici les conclusions du travail de M. Baldy :

1° Des désordres mentaux graves se produisent souvent, à la suite d'une opération, chez des sujets dans la famille desquels on ne trouve aucune tare héréditaire de folie ;

2° Ces troubles mentaux succèdent bien plus souvent aux opérations pratiquées sur les organes génitaux, qu'à toutes les autres opérations.

3° L'opération est bien la cause de cette aliénation, mais celle-ci survient surtout chez les personnes fortement impressionnables ;

4° Cette émotionnabilité est donc un facteur important à considérer en chirurgie, et le chirurgien ne doit se décider à opérer un sujet très impressionnable, que quand il y a nécessité absolue ;

5° Enfin, la folie post-opératoire est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

(*Le Bull. méd.*)

***

234. — Gouttes contre la dysménorrhée chlorotique. (Monin.)

Alcoolat de mélisse.....	ãã 15 grammes.
Teinture de safran.....	
Teinture d'iode.....	

Mêlez. Douze gouttes avant les deux principaux repas, pendant deux mois. Tous les huit jours, un bain chaud additionné de 125 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

FORMULAIRE

Utilité des scarifications du col, chez les femmes chlorotiques, au point de vue du traitement de la chlorose. (Jules Chéron.)

Le traitement de la chlorose par les émissions sanguines a été préconisé, dans ces derniers temps, par Schubert, Dyes, Wilhelmi, et par Schultz (de Brême). Il conviendrait, d'après ces auteurs, de recourir plus souvent à cette médication dont les résultats sont remarquables, dans la chlorose pure tout au moins. La quantité de sang à tirer de la veine correspond environ à 1 gramme par kilogramme du poids corporel.

Ce mode de traitement, qui peut paraître paradoxal à première vue est cependant très rationnel, puisque les recherches expérimentales les plus précises ont démontré que les petites saignées activent le pouvoir de sanguification, si bien que, peu de jours après l'émission sanguine, le sang est plus riche en globules rouges et en hémoglobine.

J'ai eu souvent l'occasion, pour ma part, de vérifier l'exactitude de cette théorie, alors que je faisais des scarifications du col, chez les femmes chlorotiques, dans le but surtout d'améliorer une affection utérine plus ou moins ancienne. Je voyais que, en dépit des craintes des malades, l'état général bénéficiait de ces petites émissions sanguines autant que l'état local. Dans bien des cas, l'analyse du sang au compte-globules et à l'hématimètre, faite avant le début et pendant le cours du traitement, me permettait de suivre l'amélioration progressive de la chlorose, à la suite de chaque scarification.

Chez les chlorotiques, la congestion utérine est chose habituelle, si bien qu'il est très facile, chez elles, d'obtenir 40 à 60 grammes de sang par une scarification du col.

Il était intéressant de signaler ce fait, d'abord parce qu'il est bon de savoir que les scarifications du col ne peuvent être que très utiles aux femmes chlorotiques, et enfin parce que, au point de vue pratique, on comprend qu'il est bien plus simple de faire une scarification du museau de tanche que de recourir à la saignée, opération sans aucune gravité évidemment, mais aussi opération qui est devenue trop exceptionnelle pour être facilement acceptée des malades.

Est-il besoin d'ajouter, en terminant, que la scarification du col, faite avec les précautions antiseptiques d'usage, ne peut pas présenter le moindre danger ?

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

Ahlfeld..... 353
Anderson (de Glascow)..... 42
Antonino..... 632
Asher..... 625
Astros..... 51
Aubry..... 106
Auvard..... 424
Axmann..... 116, 314

B

Bald..... 301
Baldy..... 425, 755
Ball..... 638
Balzer..... 305
Barker..... 491
Jules Batiaud. 5, 19, 65, 129, 193, 252, 327, 385, 389, 452, 529, 578, 652, 710
Bazy..... 289, 323
Beall..... 254
Benoist..... 241
Bérengé..... 639
Berger..... 345
Bernard..... 551
Besnier..... 315, 375
Betz (de Heilbronn)..... 498
Bidou..... 602
Bithraut..... 46
Bissieu..... 694
Bloch (Richard)..... 375
Bœckel..... 215
Bolton (de Nottingham)..... 374
Bonnaire..... 631
Bossi..... 296
Bouchut..... 117, 118
Bouilly..... 33, 150, 281, 729, 733
Bouveret..... 62
Brause..... 44, 113
Buckmaster..... 189
Budin..... 206
Burdon..... 442

C

Cachazo..... 180
Castan (André)..... 93
Cervi..... 745
Chaigneau..... 445
Championnière..... 220, 347
Chantemesse..... 482
Charpentier..... 214, 535
Chéron (Jules). 63, 127, 133, 191, 198, 255, 261, 319, 321, 383, 447, 450, 511, 575, 639, 641, 703, 705, 757
Chlapowsky (de Lemberg)..... 742
Cholmogoroff..... 690
Chrobak..... 60
Chanu..... 183
Ciccone..... 106
Cittadini (de Bruxelles)..... 729
Clarke (de Cambridge)..... 230
Clivio..... 418
Coë (N.-Y.)..... 529, 576
Comby..... 481
Cornuel (Nadji) de Salonique. 95
Couturier..... 309
Cricex..... 299
Crimail (de Pontoise)..... 278
Critzman..... 628
Crouzat..... 753

D

Dehenne..... 249
Delagenière..... 677
Delapersonne..... 628
Demelin..... 122, 180, 488
Demme (de Berne)..... 563
Depasse..... 547
Dewees..... 623
Drapes (Thomas)..... 312
Duchesne..... 89
Dubois..... 163
Duffau..... 608
Duhrssen..... 440
Dutre (Alexandre), de Dublin. 381
Dumontpallier..... 475
Duplay..... 697

E

Engstrom..... 170
Everth (de Bochun..... 161

F

Farlow..... 312
Fasola..... 234
Fauquez..... 513
Fedorenko..... 233
Felizet..... 34
Fergusson..... 506
Feulard..... 125
Flesch..... 297
Flesch (Mark)..... 621
Folet..... 416
Forest..... 627
Fraipont..... 410, 549
Frtisch..... 562

Frutk..... 173

G

Gaches-Sarraute..... 605
Gallois..... 439
Gendron..... 437, 738
Gottschalk (de Berlin)..... 359, 441
Gouilliaud (de Lyon)..... 359
Graffe..... 626
Guëmes..... 489
Guibert..... 409, 695

H

Hamonic..... 600
Handfort..... 552
Hagnes.....425, 636
Hegar..... 103
Henoch..... 744
Hergott..... 622
Herman..... 620
Hermonius..... 182
Hoffmeier..... 350
Howard Helly.....561, 695
Hubert..... 380
Huchard..... 625
Humistov (de Cleveland)..... 600

J

Jocar..... 308
Jacobs (de Bruxelles)..... 542
Jamison..... 306
Joksch..... 354
Jones..... 699
Jules Simon..59, 251, 252, 253, 315

K

Kaltenbach..... 498
Karnitztki (de Biew)..... 313
Kehrer..... 353
Kellog (John)..... 61
Keppler (de Venise)..... 97
Kirmisson..... 505
Kisch (de Berlin)..... 545
Koster..... 377
Krukenberg..... 619

L

Labbé..... 37, 474
Laborie..... 206
Lambinon..... 101
Lanenstein..... 99
Laroyenne..... 106, 225
Lawson-Tait..... 736
Lebec..... 288
Le Dentu..... 84
Lefour (de Bordeaux)..... 344
Legalcher-Baron..... 554
Lemoine..... 25
Léopold, (de Dresde)..... 486
Lepage..... 299
Leroux..... 178
Lesage..... 251
Liébault (de Nancy)..... 484
Loebel..... 39
Lohlein..... 348
Lucas Championnière..... 372
Lutaud..... 52, 185
Luys..... 244

M

Manuel Cuellar..... 333, 397
Marchand..... 33
Martin..... 351
Massin..... 684
Médail..... 141
Meichnow..... 297
Menge (de Berlin)..... 293
Michaux..... 37
Michow..... 101
Miquel..... 164
Minerbe..... 184
Miraschi.....134, 308
Moncorvo..... 178
Monier.....315, 371
Monod.....477, 479
Mouls..... 231
Mounier..... 747

N

Nagel (de Berlin)..... 102
Nitot..... 355
Noble..... 561
Nœvius..... 436
Nothnagel (de Vienne)..... 703

O

Olshausen (de Berlin)..... 678

P

Parsenon..... 506
Péan..... 147
Pelisson (Louis)..... 53
Petrow..... 566
Peyrot..... 727
Phillips..... 115
Phocas..... 637
Picqué..... 285
Pinard.....510, 534
Playfair..... 96
Plicque..... 251
Polacco..... 497
Poncel..... 447
Poppi..... 689
Popoff..... 302, 613
Poulet (de Plancher-les-Mines) 244
Pozzi..... 35, 282, 289, 479, 607
Prévost (Le) du Havre..... 279
Pitcheline..... 295

Q

Quénu..... 88, 674, 344

R

Reclus..... 181, 552
Regnier..... 224, 289, 728 735
Ricard..... 36
Richelot..... 478, 671, 673, 734
Roicki..... 316
Roigtri..... 188, 371
Romau-Sinaisky (de Slutzk)... 290
Rosenzweig..... 377
Roulin..... 166
Roussel (mademoiselle)..... 544
Routier, 28, 36, 219, 298, 358, 479 605
Rouf (de Lausanne)..... .. 280
Rutherford Hill..... 698

S

Sabatier..... 548
Saenger..... 352
Sahli... 381
Savage..... 741
Saint-Philippe..... 376, 565, 694
Salvat..... 56
Schling..... 248
Schwartz..... 37, 153, 732
Schwinz..... 443
Segond, 31, 34, 129, 147, 193, 219, 252, 283, 676, 729, 732
Sejournet..... 188
Semiantroff..... 55
Seustre..... 313
Simon (Jules)..... 378, 379
Skutsch..... 352
Somers..... 746
Soupart..... 538
Spencer Wells..... 121
Staffer..... 571
Strisover.....316, 510
Stroynovski..... 433
Stuver..... 187
Suchard..... 421
Swicka..... 633
Swiecki..... 374

T

Tannen....., 171
Taylor (Wallace)..... 414
Tchernomordik... 189, 190, 311, 509
Terrier..... 222, 280, 480, 731
Terrillon.. 43, 217, 279, 345, 663, 669
Townsend..... 98
Tannen..... 58

V

Valenta..... 575
Valude..... 476
Vaton..... 177
Vaugeon..... 501
Verrier..... 81
Vigouroux..... 433
Villar..... 165
Vinay..... 113
Vincent, (de Lyon)..... 191

W

Wacker..... 114
Walter..... 428
Weiss..... 553
Wertheim..... 350
Wicterstrom..... 413
Wigat..... 299
Willams..... 126
Winckel..... 633
Wintau..... 190
Wolf..... 179
Wyder..... 123

Z

Zabolotsky..... 294
Zenenk (de Nowgorod)..... 637
Zinke..... 427

TABLE DES MATIÈRES

A

Abdomen (épanchement pleural dans le cours des affections de l'). 736
Accouchement (ipécacuanha pour activer les efforts pendant l'). 312
— (déchirure spontanée du vagin dans le cours d'un)..... 161
— (importance de vider la vessie pendant l') et la délivrance.. 433
— (les) en dehors des maternités..... 353
— (des divers agents anesthésiques dans les) naturels..... 445
— (de l'antisepsie dans l') normal. 488
— (sur l'hémostase dans le cas de déchirures du col consécutives à l')..... 506
Acné (emploi du bromure de potassium contre l') ovarienne. 306
Adénome de l'utérus (*Coe* de New-York)..... 529, 596
Albuminate (de l') de fer et de manganèse soluble..... 242
Albuminurie (de l') des femmes enceintes et son traitement.... 491
Aliénation (la gynécologie dans ses rapports avec l') mentale. 741
Allaitement (l'hygiène de l').. 424
Aménorrhée (traitement de l') par la gymnastique suédoise.... 5
— pilules contre l')..... 190
Amnésie (un cas d') post-éclamptique..... 602
Anesthésie (de l') obstétricale par l'hypotisme..... 244
Anesthésiques (des divers agents) dans les accouchements naturels. 445
Annexes (blennorrhagie des) de l'utérus..... 301
Annexes (de l'ablation des) de l'utérus chez une nerveuse..... 96
— (parallèle entre les différents traitements usités dans les maladies chroniques des) de l'utérus 159
— (affections des)..... 351
— (blennorrhagie des) de l'utérus 555
Antipyrine (de la valeur de l') comme analgésique pendant et après le travail..... 115
— (arrêt de la sécrétion lactée par l')..... 499
— contre les contractions tétaniques de l'utérus..... 511
Antipyrétique (médication) chez les enfants..... 563
Antiseptiques (précautions) que doivent prendre les médecins, la sage-femme et la garde..... 567
— (contributions à l'étude de la thérapeutique intra-utérine 309
— (précautions) que la femme doit prendre elle-même..... 711
Aristol (l') en gynécologie..... 377
Arsenic (indications de l') chez les enfants..... 253
Asthme (traitement de l') chez les enfants..... 118
Atrésie (opérations de sténose et d') du canal cervical et de l'orifice externe du col..... 76
— (quelques faits d') utérine consécutive à la cautérisation par le crayon de chlorure de zinc (*Jules Batuaud*)..... 614
Avortement (les blennorrhagies utérines comme indication à la provocation de l')..... 626

B

Bassin (disjonction des articulations du) constatée pendant l'accouchement dans un bassin cyphotique..... 83
— (valeur de l'exercice musculaire dans le traitement du petit) chez la femme..... 61
Bassin (importance du diagnostic précoce de la pyosalpingite considérée comme une cause des inflammations suppuratives du) 230
Belladone (teinture de) dans les premiers stades du travail.. 625
Blennorrhagie (le sulfoichthyolate d'ammoniaque dans la)..... 377
— (sur la)..... 350

C

Cancer (fibrome intra-utérin pris pour un)..... 358
— (hystérectomie vaginale pour)

utérin au cours d'une grossesse. 414
— (du curettage employé comme méthode de traitement dans le) de l'utérus (*Manuel Cuellar*).. 661
— (du curettage appliqué au traitement des) de l'utérus, ses accidents..... 153
— (contribution à l'étude du) primitif du vagin..... 295
— (hystérectomies pour).... 731
— compliquant la grossesse. Excision infundibuliforme du col.. 83
— (le chlorure de méthyle dans le) utérin..... 307
— (sur le pronostic et le traitement du) de la matrice..... 58
— (sur un signe précoce du) de l'utérus..... 106
— (sur le pronostic et le traitement du) de la matrice..... 171
— utérin..... 638
— (traitement du) de l'utérus par l'hystérectomie vaginale..... 673
Cancéreux (deux ablations de l'utérus) par la voie sacrée..... 280
Carcinome de l'utérus..... 349
— (sur le diagnostic du) corpuris uteri..... 486
— (topique contre le) utérin.. 113
Castration (du traitement des fibromes utérins par la) ovarienne 604
— (de la vie sexuelle après la) 422
— (de la vie sexuelle des femmes après la) et des hémorrhagies supplémentaires consécutives 97
Catarrhe (de l'emploi du salol dans le) de la vessie chez la femme 255
— (traitement du) utérin..... 60
— cervical et congestion utérine. Drainage. Guérison..... 72
Cautérisation (suites tardives de la) intra-utérine à la pâte de Canquoin, (*Cittadini*, de Bruxelles) 723
Cellulites (sur les myites et les) du fond du bassin..... 413
Césarienne (opération pratiquée deux fois chez la même femme 278
Césarienne (opération)..... 214
— (un cas d'opération)..... 695
Chloasma et taches de la grossesse ou autres éphélides..... 375
Chlorose (utilité des scarifications du col, chez les femmes chlorotiques au point de vue du traitement de la) (*J. Chéron*)..... 757
Choléra (potion contre le) infantile 628
Chorée (l'antipyrine dans la).. 178
— (la) des femmes enceintes.. 438
— (l'antipyrine dans la) de Sydenham..... 635
Cocaïne (de l'emploi de la) en chirurgie gynécologique..... 571
— (traitement médical de l'endocervicite catarrhale. Des applications locales de) (*Jules Chéron*) 127
Cœur (troubles sympathiques du) dans les maladies de l'utérus 544
Coqueluche (bronchite convulsive ou)..... 382
— (le thym contre la)..... 436
— (remède contre la)..... 422
— traitement par la vaccination 180
— (traitement de la)..... 188, 254
— (traitement de la) par l'oxymel scillitique..... 241
Col (les ulcérations fongueuses du) de l'utérus et leur guérison par les pansements au tannin et les injections sous-cutanées d'ergotine..... 691
— (pommade contre la cystite du) chez la femme..... 703, 317
— (sur l'hémostase dans les cas de déchirures du) consécutives à l'accouchement..... 506
— (opérations de sténose et d'atrésie du canal cervical et de l'orifice externe du)..... 76
— (section de la bride et débridement conoïde du). Drainage. Guérison..... 133
— (vomissements rebelles calmés par les scarifications du).... 141
— (137 cas de déchirure du) opérés par la méthode d'Emmet 182
Colite (traitement de la) glaireuse 62
Congestions (note clinique sur l'emploi de l'hydrastis canadensis dans les) hémorrhagipares de l'utérus. (*Jules Batuaud*)..... 19
— (catarrhe cervical et) utérine. Drainage. Guérison. (*Jules Chéron*) 72
Conservatrice (la gynécologie), leçon d'ouverture du cours du Dr *Jules Chéron*..... 641
Constipation (traitement de la) par la dilatation du sphincter anal 69
— (massage du gros intestin contre la) chronique..... 377
— (le massage dans la) infantile.....
Cordon (de l'influence des nœuds du) sur la circulation fœtale. 344
— (des procidences méconnues du) ombilical..... 53
Couches (de l'écoulement sanguin appelé retour de)..... 743
Crampes (traitement des) des mollets chez les femmes enceintes. 379

Croup (les inhalations d'éther et de menthol dans le)..... 498
Curage (du) de l'utérus dans la septicémie puerpérale..... 126
— (Traitement de la rétention placentaire par le) utérin... 122
— (Deux cas de perforation utérine pendant le) pas d'accidents. 425, 636
— (du) employé comme méthode de traitement dans le cancer de l'utérus (*Cuellar*, de Sucre).. 661
Curettage (du) comme méthode de traitement dans les affections, péri-utérines (*Manuel Cuellar*) 333 397, 466 581
— (dilatation forcée de la matrice dans la pelvi-péritonite et curettage de l'utérus..... 538
Drainage après curettage..... 137
— (du) appliqué au traitement des cancers de l'utérus, ses accidents..... 153
— (endométrite hémorrhagique avec subinvolution) et drainage, guérison..... 198
Cystocèle (contribution à l'étude du traitement de la) vaginale. 177

D

Débridement vaginal des collections pelviennes..... 859
Deciduome (du)..... 352
Désinfection (sur l'abus de la) des organes génitaux chez les accouchées..... 314
— (sur l'abus de la) des organes génitaux externes chez les femmes bien portantes..... 116
Déviations (traitement des retro-) de l'utérus..... 689
Diarrhée (traitement de la) des enfants par le salol..... 158
— (emploi de l'acide lactique dans la) verte..... 251
— (traitement de la) des enfants par le salol..... 372
— (antipyrine dans la) des enfants 565
Diphtérie (l'iodure de potassium dans la)..... 657
— (le menthol dans la)..... 159
— (traitement de la) par la glace 313
Diphthérie (traitement de la). 115
Drainage permanent dans la cavité péritonéale dans un cas de péritonite tuberculeuse idiopathique 145
— (le) de la cavité utérine par les voies naturelles (*Jules Chéron*) 10, 68, 133, 198, 261
— (traitement de la dysménorrhée mécanique par le) de la cavité utérine (*J. Chéron*)..... 511
Dysenterie (traitement de la) parasitaire et des oxyures par la naphtaline..... 184
Dysménorrhée (gouttes contre la) chlorotique..... 185
— (endométrite exfoliante ou) membraneuse..... 202
— membraneuse survenue chez une primipare deux ans après l'accouchement, drainage, guérison..... 261
— (du massage de la région lombo-sacrée dans la) des jeunes filles (*J. Chéron*)..... 319
— (suppositoires contre la).. 312
— (gouttes contre la) chlorotique 315
— (section de la bride et débridement conoïde du col) Drainage. Guérison..... 133
— (Traitement de la) mécanique par le drainage de la cavité utérine (*J. Chéron*)..... 511
— (gouttes contre la) chlorotique 371
Dystocie (conséquences d'une ovariotomie antérieure dans un cas de) 82

E

Eclampsie (traitement de l') post-partum..... 316
— (traitement de l')..... 348
— (injections sous-cutanées de pilocarpine contre l') post-parturiente..... 510
Eclamptique (un cas d'amnésie post-) 602
Ectropion (endométrite cervicale et) en voie d'évolution. (*Jules Chéron*)..... 68
— (endométrite cervicale avec double) par prolapsus. Drainage, plus tard excision des deux ectropions au moyen du galvanocautère, guérison (*Id.*)..... 74
Electricité. Traitement de la paramétrite chronique et subaiguë par le massage et l'électricité combinés..... 56
— (de l') en gynécologie..... 102
— (du traitement des déviations utérines par le massage associé à l'application de l') (*R. Fauquez*) 513
Emménagogue (l'indigo comme) 699
Enceintes (du diabète chez les femmes)..... 755
Encéphalocèle (considérations sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement de l') 285
Endocervicite (traitement médical de l') catarrhale (*J. Chéron*) 100, 120
Endométrite (traitement de l') qui

complique les tumeurs fibreuses de l'utérus. (*Jules Batuaud*). 652, 710
— (à propos de la question de l') dans les maladies infectieuses aiguës..... 684
hémorrhagique avec subinvolution curettage et drainage; guérison..... 198
— purulente avec subinvolution, curettage et drainage, guérison. 200
— purulente avec subinvolution. 11
— cervicale et ectropion en voie d'évolution. (*Jules Chéron*)... 68
— cervicale avec double ectropion par prolapsus. Drainage. 74
— (sur 7 cas d') traités par le curage combiné à l'écouvillonnage ou associé à d'autres opérations. 84
— (traitement de l') par les crayons de chlorure de zinc..... 88
— hémorrhagique, curettage et drainage, guérison..... 139
— (traitement de l') chronique. 352
— traitement de l') chronique par l'acide borique..... 381
— (emploi de sulfoichtyolate d'omnium dans) cervicale.... 383
— (étude de l') qui complique les tumeurs fibreuses. (*Jules Batuaud*)..... 389, 452
(du traitement de l') par le crayon de sulfate de cuivre..... 475
— (étude sur le traitement de l') et ses complications..... 540
Entérite (créoline dans le traitement de la gastro-) aiguë des enfants..... 443
Epithélioma hétéro-histique de l'utérus..... 169
Extirpation vaginale de l'utérus 126
Extraction (de l') de la tête dernière..... 180

F

Fécondation (les maladies de l'utérus, la stérilité et la) mécanique 106
Fibromes (voir endométrite, hémorrhagies, curettage).
— (traitement des) utérins 28, 372
— intra-utérins pris pour un cancer..... 358
— utérins..... 81
— utérin et grossesse..... 298
Fistule à l'anus chez l'enfant.. 441
— (traitement des)recto-vaginales 34
Fœtus (de l'influence psychique exercée par la mère sur le).. 484
Folie survenant après les opérations gynécologiques..... 755
— la) menstruelle..... 40

G

Galactorrhée ; lotion pour l'enrayer 190
Génitaux (contribution à l'étude des corps étrangers des organes) de la femme..... 423
— (note sur un cas d'anomalie congénitale des organes de la femme..... 299
Gonorrhée (Ergotine dans la) 188, 316, 371
Gravidité (recherches sur l'influence de quelques traumatismes sur la) (*Verrier*) 81
Grossesse tubaire ouverte dans la vessie..... 632
— extra-utérine..... 670
— (des varices chez la femme pendant et après la), leur traitement hygiénique..... 206
— (5 cas de) extra-utérine... 234
— extra-utérine..... 288
— (moyens utiles pour établir le diagnostic de) extra-utérine.. 296
— et fibrome utérin..... 298
— (de la) extra-utérine..... 299
— (traitement de la syphilis pendant la)..... 315
— (cancers compliquant la). 83
— (préparations contre la constipation dans la)..... 116
— (Observation de (pathologique) (*Dr Médail*)..... 141
— (tetanie liée à la)..... 354
— (de la) après l'hystéropexie abdominale pratiquée pour rétroflexion utérine..... 410
— (le diagnostic précoce de la) extra-utérine..... 425
— (un cas de) extra-utérine suivie d'une guérison spontanée. 623
— (du diagnostic de la) gémellaire..... 753
— (étiologie des différentes formes de) abdominale..... 622
— (formes et causes de la) extra-utérine..... 427
— (relations entre la fièvre typhoïde et l'état de)..... 438
— (traitement de la syphilis pendant la)..... 447
— (traitement de la) extra-utérine..... 502
— à 59 ans..... 547
— (la) extra-utérine..... 534
Gynécologie (note pour servir à l'histoire de la) pendant la période gréco-romaine (*Tornery*) 521

H

Hématocèle rétro-utérine par rupture vasculaire, tumeur sanguine salpingienne..... 289
Hématosalpinx (nature de l').. 428
Hémoglobinurie (un cas d') consécutive à une injection intra-utérine d'une solution phéniquée 619
Hémophilie pendant la période menstruelle..... 98
Hémorrhagie (étude de l') dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus (*Jules Batuaud*)..... 327
— (pathogénie des) en rapport avec les tumeurs fibreuses de l'utérus (*Jules Batuaud*)..... 577
— (le traitement des) internes par les applications chaudes 506
— pulmonaire mortelle pendant la menstruation..... 621
— (ligature des artères utérine et ovarienne pour combattre les) qui ont leur origine dans les ligaments larges..... 561
— (le procédé de Kelly pour combattre les) dans la profondeur du bassin..... 561
— (de la vie sexuelle des femmes après la castration et des) supplémentaires consécutives 97
— (injections sous-cutanées de caféine dans le traitement des) puerpérales..... 124
— des femmes en couches. 186
— (la caféine contre les) post-partum..... 308
— pulmonaire mortelle pendant la menstruation..... 297
Hémorrhagipares (note clinique sur l'emploi de l'hydrastis canadensis dans les congestions) de l'utérus (*Jules Batuaud*)..... 19
Hémostyptique (teinture)..... 562
Hernies (discussion sur les) inguinales de la femme..... 345
Herpès (traitement de l') génital 49, 125
Hydrosalpinx (contribution au traitement de l')..... 294
Hydrastis (l') canadensis en obstétrique..... 745
Hymen (épilepsie causée par une rétention de règles suite d'imperforation de l'), incision de la membrane, guérison..... 746
Hypnotisme (de l'anesthésie obstétricale par l')..... 244
Hystérectomie vaginale pour cancer utérin au cours d'une grossesse..... 414
— (de l') par morcellement dans les suppurations pelviennes. 542
— vaginale dans les suppurations pelviennes..... 150
— vaginale en dehors du cancer utérin..... 215
— vaginale dans les abcès pelviens..... 217
— abdominale..... 279
— (traitement du cancer de l'utérus par l') vaginale..... 673
— abdominale et vaginale combinées..... 281
— vaginales pour cancer.... 731
Hystéropexie (note sur trois observations d') pour prolapsus utérins..... 225
— (de la grossesse après l') abdominale pratiquée pour rétroflexion utérine..... 410

I

Ichthyol (l') en gynécologie.... 497
— (de l') dans le traitement des maladies des femmes..... 375
Impétigo (traitement de l') chez l'enfant..... 439
Impuissance (traitement de l') sexuelle chez la femme 306
Injection antiblennorrhagique et antileucorrhéique 189
— (trois observations d'accidents à la suite d') vaginales mal faites chez trois femmes bien portantes 166
— (sous-cutanées de caféine dans le traitement des hémorrhagies puerpérales)..... 124
— (traitement de la septicémie puerpérale par les) intra-utérines 91
— (des) de serum de chien chez les enfants nés de mères tuberculeuses ou atteintes de faiblesse congénitale..... 537
— (péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie et guérie par les) de serum de chien..... 505
— (du traitement des tumeurs cancéreuses du sein par les) interstitielles de liqueur de Van Swieten (*J. Chéron*)..... 447
— (traitement de la paralysie diphthérique par les) de strychnine..... 377
Insomnie (quelques préparations contre l') des enfants..... 625
— (traitement de l') des enfants 5.
Iode (valeur antiseptique de l' teinture d') en gynécologie. (*Jule Batuaud*)..... 6
Irrigations (les) chaudes du gro intestin comme moyen de soulagement dans les douleurs pel viennes..... 6.

K

Kyste de la grande lèvre chez une fillette de 6 ans, survenu probablement dans les vestiges du canal de Nuck..... 418, 747
— séreux de la face postérieure de la vessie extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale 283
— (Torsion du pédicule des) de l'ovaire.....
— de l'ovaire..... 81
— (des adhérences dans les) de l'ovaire et l'ovariotomie incomplète 44
— (récidive et généralisation des) de l'ovaire..... 37
— (occlusion intestinale déterminée par un) dermoïde de l'ovaire droit. Laparatomie..... 36
— du vagin..... 416
de l'ovaire et grossesse..... 348

L

Lactée (arrêt de la sécrétion) par l'antipyrine..... 695
— (secrétion) anormale..... 170
Lait (de l'influence sur le nourrisson du) de la mère lorsque celle-ci est en traitement..... 248
Laparotomie (le traitement consécutif à la)..... 353
— (de la position dite de Treudelenbourg pour les) et les explorations gynécologiques..... 433
— (péritonite purulente guérie par une)..... 744
— (appréciations sur l'influence curative de la) exploratrice (*J.C.*) 450
— (influence curative de certaines) exploratrices dans les cas d'adhérences pelviennes.... 478
— (sur une cause peu connue de mort après les) où les intestins ont été sortis de la cavité abdominale..... 549
— (occlusion intestinale déterminée par un kyste dermoïde de l'ovaire droite)..... 36
— (remarques sur l'action curative énigmatique de la) dans les cas de péritonite tuberculeuse 99
— (vomissements persistants, guérison temporaire à la suite d'une)..... 189
— (grossesse extra-utérine, menaces de rupture,) mort de la mère et de l'enfant..... 288
Larynx (corps étrangers du) et de la trachée chez l'enfant..... 251
Leucoplasie utérine..... 552
Leucorrhée (de l'hélénine contre la) 610
— (pilules contre la)..... 373
— (injection contre la)..... 700
Lèvre (kyste de la grande) chez une fillette de six ans survenu probablement dans les vestiges du canal de Nuck..... 418

M

Malformations au point de vue obstétrical..... 573
Mamelon (excoriation du)..... 510
Mammaire (hypertrophie)..... 474
Massage (antéflexion et rétroflexion traitée par le) associé à l'application de l'électricité (*Raoul Fauquez*)..... 513
— (moyen de remédier à la courbature que donne le) de l'utérus par la compresse humectée et l'enveloppement (*J. Chéron*). 639
— (le) de l'abdomen contre la constipation..... 702
— (du) de l'utérus dans le cas de fibro-myomes intra-pariétaux (*J. Chéron*)..... 703
— (quelques cas d'affections gynécologiques traités par le). (*Jacobs*, de Bruxelles..... 268
— (le) abdominal dans la constipation infantile..... 313
— (du) de la région lombo-sacrée dans la dysménorrhée des jeunes filles (*J. Chéron*)..... 319
— (le) dans le traitement des exsudats du petit bassin.... 55
— (traitement de la paramétrite subaiguë et chronique par l'électricité et le)..... 56
Ménopause (troubles cardiaques de la)..... 545
— (purpura à la)..... 39
Menstruation (remède contre la) profuse..... 253
— prématurée et cancer utérin précoce 551
— et phtisie..... 552
— (hémorrhagie pulmonaire mortelle pendant la)..... 297, 621
— precoce chez une enfant de sept ans..... 164
Menstruelle (fluxion) de la pulpe dentaire..... 735
— (potions contre les coliques) 184
— (la folie)..... 40
— (hémophilie pendant la période)
Métrite (crayons et pommade contre la)..... 633
— (traitement de la) chronique par le crayon de sulfate de cuivre 501
— (traitement de la para-) subaiguë et de la para-métrite chronique avec adhérences par l'électricité et le massage combinés. 56

Métrorrhagie (traitement de la) 307
— produite par une course en tricycle..... 46
— (traitement des) par l'ergotine en lavements..... 49
Moignon (un cas de chute tardive d'un) utérin..... 543
Myites (sur les) et les cellulites au fond du bassin..... 413
Myomes de l'utérus..... 352
— (guérison spontanée d'un volumineux fibro-) de l'utérus... 613

N

Nettoyage (du) manuel de l'utérus après la délivrance..... 605
Neurasthénie sexuelle..... 371

O

Obstétrique (de l'emploi du viburnum prunifolium en)..... 52
Ombilic (tumeur de l')..... 165
Ophthalmie des nouveau-nés.. 628
— (sur la prophylaxie de la cécité par) des nouveau-nés..... 249
— (prophylaxie de l') des nouveau-nés..... 476
— (prophylaxie de l') purulente des nouveau-nés..... 575
Ovaire (torsion du pédicule des kystes de l')..... 231
— (de l'hypertrophie et hyperplasie des trompes de Falloppe dans les tumeurs kystiques des) 233
— (occlusion intestinale déterminée par un kyste dermoïde de l') droit. Laparotomie..... 36
— (récidive et généralisation des kystes de l')..... 37
— (réapparition des règles, puis grossesse chez une femme à laquelle on avait enlevé les deux). 42
— (des adhérences dans les kystes de l') et de l'ovariotomie incomplète..... 44
— (kystes de l')..... 81
— (tumeurs malignes des)... 165
— (kyste de l') et grossesse.. 348
— (un cas de lipome de l') et de la trompe droite..... 555
— (fibrome de l')..... 609
— (résection des), salpingorraphie 605
Ovarien (carcinome) et phlegmatia alba dolens..... 604
Ovarienne (la goutte utéro—) et son traitement hydro-minéral.... 554
Ovariotomie (conséquences d') antérieure dans un cas de dystocie. 82
Oxygène (des inhalations d') chez les nouveau-nés..... 631
— la naphtaline dans le traitement des)..... 254
— (traitement des) vermiculaires

P

Palpation abdominale dans un bain. 600
Paludisme (manifestations utérines du)..... 420
Papillome volumineux de la vulve d'origine non vénérienne.... 93
Paralysies obstétricales des nouveau-nés..... 89
— (traitement de la) infantile, 379
Pelviennes (traitement des suppressions) par la méthode de Péan, 670
Périnée (rupture du) et de la cloison recto-vaginale pendant le coït..... 290
— (de la suture primitive du) 437
— (de la protection du) pendant le passage du tronc après la sortie de la tête..... 504
Péritonite (la réhabilitation de la pelvi-) (*J. Batuaud*)..... 385
— (traitement de la) chez la femme..... 499
— tuberculeuse traitée par laparotomie et guérie par les injections de sérum de chien..... 505
— (dilatation forcée de la matrice dans la pelvi-) et curettage de l'utérus..... 538
— (drainage permanent dans la cavité péritonéale dans un cas de) tuberculeuse idiopathique, 745
— purulente guérie par une laparotomie..... 744
— (remarques sur l'action curative énigmatique de la laparotomie dans les cas de) tuberculeuse..... 99
— (traitement de la) tuberculeuse par la ponction suivie de lavage..... 121
— (un cas de) purulente, guérison spontanée..... 639
— (de l'intervention chirurgicale dans les) tuberculeuses généralisées et localisées..... 737
Placenta (traitement du) prævia 123
Placentaire (traitement de la rétention) par le curage utérin 122
Pleurésie de l'enfance..... 378
Pneumonie (traitement de la broncho) des enfants..... 376
— potion contre la broncho-) infantile..... 315
— (traitement de la broncho-) des enfants par les injections de

chlorhydrate de quinine.... 694
Polypes (quelques cas rares de) utérins..... 418
Prolapsus utérin (traitement chirurgical et traitement manuel du) (*J. Chéron*).....79, 705
— utérin..... 269
Prurit (traitement du) anal et vulvaire..... 371
— (guérison du) vulvaire par l'emploi du courant constant 690
Puerpérale (traitement de la septicémie)..... 381
— (un cas de curage de la cavité utérine pendant la période). 566
(du curage de l'utérus dans la septicémie)..... 126
— (traitement de la septicémie) par les injections intra-utérines 91
— (sur l'infection) et sur le but que doit se proposer l'obstétrique moderne..... 103
— (néphrite infectieuse).... 535
Purgatifs (quelques formules de) salins pour les enfants..373, 633
Purpura à la ménopause..... 39
Pyosalpingite (importance du diagnostic précoce de la) considérée comme une cause des inflammations suppuratives du bassin 230
Pyo-salpingite volumineuse, ablation. Examen histologique de la paroi..... 33
Pyo-salpinx (traitement du)... 35

R

Rectum (traitement du prolapsus du) chez l'enfant..... 318, 637
Règles (épilepsie causée par une rétention des) suite d'imperforation de l'hymen, incision de la membrane, guérison..... 746
— (réapparition des) puis grossesse chez une femme à laquelle on avait enlevé les deux ovaires 42
Reins (les) mobiles chez les femmes..... 172
Rétroflexion (sub-involution et endométrite avec)..... 14

S

Salicine (de l'emploi de la) contre les douleurs pelviennes (*J. C.*) 191
Salicylique (les effets de l'acide) sur l'utérus..... 114
Salpingite tuberculeuse avec calcification de la paroi de la trompe, 677
— (la) gonorrhoïque..... 293
— (ovaro) et exsudats para et périmétritiques..... 276
— (le simulo contre l'ovaro-) aiguë ou subaiguë..... 243
— (à propos d'une complication rare de la)..... 355
— (de l'hémato-)..... 489
— (pio-) volumineuse, ab lation, 33
Salpingo (diagnostic de la) ovarite, 297
— oophorite (le diagnostic de la), 101
Salpinx-pyo (traitement du).... 35
Sarcome de l'utérus..... 43
— (le) primitif du vagin des jeunes enfants..... 173
Sclérème (traitement du) des enfants nouveau-nés..... 119
Sein (du traitement des tumeurs cancéreuses du) par les injections interstitielles de liqueur Van Swieten..... 447
— Mortalité des nourrissons confiés à des nourrices n'ayant qu'un — utile..... 548
— (traitement des gerçures du) par l'aristol..... 113
— (traitement des abcès du). 697
Septicémie (intervention dans deux cas de) par fœtus putréflés.. 738
Suppositoires de glycérine.... 698
Suppurations (traitement des) pelviennes..... 136
— (traitement des) pelviennes par la méthode de Péan..... 147, 727
— péri-utérines traitées par la méthode de Péan.....219, 284
— (traitement des) pelviennes 193, 257, 281, 674
— (traitement des) pelviennes par la méthode de Péan..... 668
Sténose (opérations de) et d'atrésie du canal cervical et de l'orifice externe du col..... 76
— acquise de l'orifice externe. Débridement au bistouri suivi de récidive rapide. Excision conoïde. Drainage. Guérison..... 136
Stérilité (les maladies de l'utérus, la) et la fécondation mécanique 106
— Contagiosité de l'uréthrite chronique, son rôle dans la). 321

T

Tænia (traitement du) chez l'enfant 252
Thiol (de l'emploi du) dans les maladies des femmes..... 359
— (le) en gynécologie..... 444
— (de l'emploi du) en gynécologie..... 575
Thrombus de la vulve chez une primipare après accouchement 95
Trismus (le sulfonal dans un cas

de) des nouveau-nés..... 440
Trompes (de l'hypertrophie et l'hyperplasie des) de Fallope dans la tumeur kystique des ovaires 233
— (contribution à l'étude des modifications des) de Fallope dans les fibro-myomes de l'utérus 302
Tuberculose et gestation..... 622
— génitale chez la femme (utérus et ovaire)..... 608
Tumeurs (étude de l'hémorrhagie, dans les cas de) fibreuses de l'utérus (*Jules Batuaud*)..... 327
— (pathogénie des hémorrhagies en rapport avec les, fibreuses de l'utérus (*Jules Batuaud*)..... 577

U

Uréthrite (contagiosité de l') chronique, son rôle dans la stérilité. 321
Urinaires (diagnostic et traitement des corps étrangers des voies) chez les enfants..... 51

V

Vagin (contribution à l'étude du cancer primitif du)..... 295
— (restauration du) après ablation de la cloison recto-vaginale. 279
— (traitement opératoire des thrombus du).....
— (kyste du)..... 416
— (déchirure spontanée du) dans le cours d'un accouchement. 161
— (kystes gazeux du)..... 620
— (le sarcome primitif du) des jeunes enfants..... 173
Vaginite..... 510
— (traitement de la) par le rétinol.....305, 435
— (contagion de la vulvo) des petites filles..... 421
— (traitement antiseptique de la). 434
— (la vulvo) des petites filles. 481
Vaginisme (contribution à l'étude du)..... 163
Varices (des) chez la femme pendant et après la grossesse. Leur traitement hygiénique..... 206
Variole (traitement de la) par le soufre..... 308
Végétations (traitement des) non syphilitiques des organes génitaux externes.....190, 311, 509
Vessie (mixture contre l'hyperirritabilité de la) (polakiurie)... 183
Vessie (de l'emploi du salol dans le catarrhe de la) chez la femme 255
— (kyste séreux de la face postérieure de la) extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale..... 283
Viburnum (de l'emploi du) en obstétrique..... 52
Vomissements (quelques formules recommandées contre les) incoercibles de la grossesse..... 380
— incoercibles de la grossesse et leur traitement..... 498
— rebelles calmés par les scarifications du col..... 141
— (la cocaïne et l'antipyrine contre les) incoercibles..... 187
— (mixture contre les) de la grossesse..... 792
Vulve (position de la) chez les femmes de couleur..... 552
— (thrombus de la) chez une primipare après accouchement. 95
— (papillome volumineux de la) d'origine non vénérienne.... 93
— (traitement des végétations de la)..... 189

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

41C
8647